

Das Anliegen.

Wie ein psychotherapeutisches Erstgespräch gelingen kann

Eine theoretische Abhandlung und empirische Studie zum
Anliegen von Ratsuchenden

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Valérie Minh-Thi
Boucsein-Keller

Angenommen im Herbstsemester 2017
auf Antrag der Promotionskommission:
Prof. em. Dr. phil. Brigitte Boothe (hauptverantwortliche Betreuungsperson)
PD Dr. phil. Bernhard Grimmer

(Zürich, 2017)

Zusammenfassung

Psychotherapie hat sich längst gesellschaftlich etabliert. Dennoch ist die Kontaktaufnahme mit Fachpersonen für Ratsuchende häufig ein Problem. Dafür sind strukturelle Mängel, vor allem aber unzureichende und irreführende Informationen und die Stigmatisierung psychischer Störungen verantwortlich. Für das Gelingen eines psychotherapeutischen Erstgesprächs ist darum von zentraler Bedeutung, wie Behandelnde die Beziehung zu Ratsuchenden herstellen und gestalten. Sie müssen Vertrauen aufbauen, auf ihr Anliegen eingehen und sie in die therapeutische Arbeit und weitere Entscheidungsprozesse aktiv einbinden. Die psychoanalytische Behandlungstheorie gewichtet im Erstgespräch jedoch vorrangig diagnostische Einschätzung und Indikation und vernachlässigt die Patientenorientierung.

Hier setzt das relativ junge Konzept des *Anliegens* an, das aktuelle, evidenzbasierte Befunde in das reiche psychoanalytische Wissen zum Erstgespräch integriert. In der vorliegenden Arbeit wird dieses Konzept in Hinsicht auf die Patientenorientierung geschärft und auf die Praxis zugeschnitten. Zu diesem Zweck erfolgen eine theoretische Auseinandersetzung und Verankerung des Anliegens sowie, anhand zweier Fallanalysen, die Gewinnung neuer empirischer Erkenntnisse im Rahmen einer multimethodalen, explorativ-heuristischen Studie. Die Zusammenführung der beiden Teile präsentiert sich im letzten Teil der Arbeit als ein Set praktischer Handlungsempfehlungen für klinisch tätige Psychotherapeut/innen.

Abstract

Psychotherapy has long established itself as a part of our society. Nevertheless, seeking council and approaching a specialist can be difficult. This can partly be attributed to general structural problems; above all it is due to insufficient and misleading information and the stigmatization of psychological disorders. It is thus essential for the success of a psychoanalytical initial interview how the treating psychologists establish and develop the relationship to the persons seeking council. They have to build trust, show interest in the patient's concern, and actively engage them in the therapeutic process and the ensuing decision processes. However, the current theory of psychoanalytical therapy primarily emphasizes diagnostic assessment and indication, neglecting the patient's perspective.

At this point, the relatively new concept of the concern (*Anliegen*) sets in. This concept integrates current, evidence-based findings into the rich psychoanalytical knowledge about the initial interview. In this work, the concept is refined with regard to patient orientation and tailored towards practical applicability. In the first part of the thesis, this is done through a theoretical analysis and anchoring of the concept. In the second part, new empirical findings are gained on the basis of a multi-methodical, explorative and heuristic analysis of two initial interviews. In the final chapter, the two parts are merged into a set of practical recommendations for psychotherapists.

Zusammenfassung	i
Abstract	ii
Inhaltsverzeichnis	iv
Abkürzungsverzeichnis	vii
Abbildungsverzeichnis	ix
Tabellenverzeichnis	xi
Danksagung	xi

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1 Problemstellung und Zielsetzung	3
1.1 Problemstellung I: Worauf kommt es im Erstgespräch wirklich an?.....	3
1.2 Zielsetzung I: Was ist ein Anliegen und wie lässt es sich fruchtbar machen?	4
1.3 Problemstellung II: „C'est le ton qui fait la musique“ oder „Wie spricht man eigentlich mit seinen Patienten?“.....	7
1.4 Zielsetzung II: Praxisbezug der Dissertation	10
2 Verortung der Dissertation im Forschungsfeld der Psychotherapie	12
2.1 Problem: Keine Einigkeit darüber, was Psychotherapie im Kern ausmacht?	12
2.2 Lösung: Gräben schliessen und Brücken bauen	15
3 Chancen und Möglichkeiten einer Monographie	21
4 Vorgehensweise und Struktur der Arbeit	23
Theoretische Abhandlung zum Konzept des Anliegens.....	25
5 Der hürdenreiche Weg in die Therapie.....	25
5.1 Epidemiologische Befunde zu psychischen Störungen und ihrer Behandlung	26
5.2 Individuelle Hürden auf dem Weg in die Therapie	29
5.3 Was es im Erstgespräch zu beachten gilt	33
6 Das Erstgespräch aus Sicht der psychoanalytischen Behandlungstheorie.....	37
6.1 Die Entwicklung von Freud bis zur heutigen Zeit.....	38
6.2 Der Zweck des psychoanalytischen Erstgesprächs.....	50
6.3 Der Ablauf psychoanalytischer Erstgespräche	56
6.4 Spezifisch psychoanalytische Aspekte der Gesprächsführung	65
6.5 Das Anliegen rahmen: Gemeinsam zu erreichende Ziele im Erstgespräch	70
6.6 Zusammenfassende Betrachtung.....	78
7 Therapeutische Beziehungsarbeit im Erstgespräch.....	80
7.1 Der Nutzen einer guten therapeutischen Beziehung	80
7.2 Das Konzept der 'therapeutischen Beziehung' im Laufe der Geschichte bis heute	82
7.3 Schulenübergreifende Empfehlungen zur Beziehungsgestaltung im Erstgespräch.....	92
7.4 Zusammenfassende Betrachtung: Das therapeutische Vorgehen ist an die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Ratsuchenden anzupassen	100
8 Das Erstgespräch aus Sicht der Ratsuchenden: Das Anliegen	103
8.1. Problem ist nicht gleich Anliegen	104
8.2 Die Bearbeitung des Anliegens als Aushandlungsprozess.....	107
8.3 Hinweise auf implizite Anliegensaspekte.....	108

8.4 Ein vierdimensionales Modell des Anliegens	109
8.5 Patientenbefragungen zu expliziten Erwartungen an das Erstgespräch	113
8.6 Das Konzept des Anliegens im Überblick	116
Empirie I: Konzeption und Methodik	117
9 Kurze Beschreibung des qualitativen Forschungsansatzes	118
9.1 Charakteristika der qualitativen Methodenkonzeption	118
9.2 Gewährleistung der Qualität in der vorliegenden Studie	119
10 Untersuchungsleitende Fragestellungen	121
11 Die Dimensionen des Anliegens und die dazu passenden Methoden	122
11.1. Das explizite Anliegen	123
11.2 Qualitative Inhaltsanalyse	123
11.3 Das implizite Anliegen	127
11.4 Klärung und Aushandlung des Anliegens	128
11.5 Konversationsanalyse	129
11.6 Facial Action Coding System FACS	132
12 Die konkreten Auswertungsschritte und ihre Darstellung im Fliesstext	135
12.1 Analyse der Eröffnungssequenz	136
12.2 Analyse der Grobstruktur des Gesprächs	141
12.3 Analyse des Gesprächsverlaufs	142
12.4 Analyse rekursiver nonverbaler Muster und affektiv bedeutsamer Sequenzen	144
13 Bestimmung des Datenmaterials	151
13.1 Fallauswahl	151
13.2 Entstehungssituation	152
13.3 Die Arbeit mit Videoaufzeichnungen	153
13.4 Verbatimtranskripte	155
Empirie II: Analyse der Erstgespräche	156
14 Das Erstgespräch 'Alexandra'	156
14.1 Empirischer Teil I: Die Eröffnung	156
14.2 Empirischer Teil II: Überblick über die makroskopische Gesprächsstruktur	169
14.3 Empirischer Teil III: Das Gespräch	172
14.4 Empirischer Teil IV: Die Analyse der nonverbalen Kommunikation	188
14.5 Zusammenfassung des Gesprächs in Bezug auf Problem und Anliegen	202
14.6 Vergleich mit der Pilotstudie von Mathys et al. (2013)	220
15 Das Erstgespräch 'Christoph'	223
15.1 Empirischer Teil I: Die Eröffnung	223

15.2 Empirischer Teil II: Überblick über die makroskopische Gesprächsstruktur	235
15.3 Empirischer Teil III: Das Gespräch	237
15.4 Empirischer Teil IV: Die Analyse der nonverbalen Kommunikation.....	268
15.5 Zusammenfassung des Gesprächs in Bezug auf Problem und Anliegen	279
15.6 Gesamtbetrachtung: Die gelungene Aushandlung des Anliegens	291
Diskussion	293
16 Konzeptuelle Überlegungen zum Anliegen	294
16.1 Die unterschiedlichen Gestalten der zwei untersuchten Erstgespräche	294
16.2 Das Anliegen ist kein Diagnoseinstrument	295
17 Diskussion des methodischen Vorgehens	297
17.1 Vereinfachung durch die Unterteilung in vier Dimensionen	297
17.2 Zwingend zu erfassen: Inhalt und Interaktion	297
17.3 Unverzichtbare Informationskanäle: Sprache und Bild	297
17.4 Beachtung der Eröffnung	298
18 Praxisbezug: Wie kann ein Erstgespräch gelingen?	301
18.1 Abklärung und Therapie sind zu trennen.....	301
18.2 Problem ist nicht gleich Anliegen	302
18.3 Den therapeutischen Schulterschluss schaffen.....	303
18.4 Neue Erkenntnisse ermöglichen: Einen 'Zusatz' zum reinen Verstehen bieten	313
18.5 "Combining empathy and challenge"	314
19 Die therapeutischen Interventionen im Erstgespräch	316
19.1 Therapeutische Interventionen im ersten Teil des Erstgesprächs.....	316
19.2 Therapeutische Interventionen im zweiten Teil des Erstgesprächs	321
19.3 Die Beachtung der nonverbalen Kommunikation.....	326
20 Ausblick: Was muss zukünftige Forschung zum Anliegen leisten?	328
21 Gesamtbetrachtung: Was leistet das Erstgespräch und welche Rolle spielt das Anliegen?	329
Literaturverzeichnis	332
Appendices	352
Appendix A: Transkriptionszeichen nach Mergenthaler (1992)	352
Appendix B: Begriffe aus FACS sowie wichtige Action Units(-Kombinationen).....	354
Appendix C: Mimische Referenzen und Interpretationen der <i>Action Units</i>	357
Appendix D: FACS-Auswertungen	359
Appendix E - Curriculum Vitae.....	372

Abkürzungsverzeichnis

A	Alexandra
AOO	Age Of Onset
AUs	Action Units
APA	American Psychological Association
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
C	Christoph
CALPAS/CALTRAS	California Psychotherapy Alliance Scales (Gaston & Ring, 1992; Marmar et al., 1989)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Sass, 2003)
E	Etikett (Wilke, 1992)
EBP	Evidence-based-Practice
EPF	European Psychoanalytical Federation
EmFACS	Emotion Facial Action Coding System (Friesen & Ekman, 1984)
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
FACS	Facial Action Coding System (Ekman et al., 2002)
GAT 2	Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (Selting et al., 2009)
HAcS	Penn Helping Alliance Counting Signs (Luborsky, 1976)
HAr	Penn Helping Alliance Rating (Alexander & Luborsky, 1987; Luborsky, 1976)
ICD-10	International Classification of Diseases (Dilling et al., 2016)
IPV	Internationale Psychoanalytische Vereinigung
Ko	Kommentar (Wilke, 1992)
KS	Krisensignal (Wilke, 1992)
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OPD-2	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, 2006)
PAM	Prototypische Affektive Mikrosequenz (Bänninger-Huber et al., 2016)
pSD	problembezogene Selbstdarstellung (Wilke, 1992)
RCT	Randomized Controlled Trial
T	Therapeut
TAS	Therapeutic Alliance Scale (Marziali, 1984)

S	Steigerung (Wilke, 1992)
SoC	Stages of Change (Prochaska, 2007)
SPR	Society for Psychotherapy Research
STA-R	Skala Therapeutische Allianz-Revised (Brokmann et al., 2011)
sySD	symptomorientierte Selbstdarstellung (Wilke, 1992)
USA	United States of America
VPPS/VTAS	Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (Hartley & Strupp, 1983)
WAI	Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989)
WHO	World Health Organization
WPIP	Working Party on Initiating Psychoanalysis der EPF
YLDs	Years Lived with Disability
Z	(Transkript-)Zeile

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vier Dimensionen des Anliegens nach Mathys et al. (2013)	5
Abbildung 2: Vier Dimensionen des Anliegens nach Mathys et al. (2013)	111
Abbildung 3: Die Aushandlung des Anliegens (eigene Darstellung).....	116
Abbildung 4: Die konkreten Auswertungsschritte in den empirischen Fallanalysen	135
Abbildung 5: Bereinigtes Sprechverhältnis (in Anzahl Zeilen) im Erstgespräch 'Alexandra' (Therapeut: gelb; Alexandra: orange).....	171
Abbildung 6: Themen- und Handlungssegmente (in min.) im Erstgespräch ‚Alexandra‘	171
Abbildung 7: Hörerbereinigtes Sprecherverhältnis (Therapeut: gelb; Christoph: orange)....	236
Abbildung 8: Themen- und Handlungssegmente des Erstgesprächs ‚Christoph‘ im zeitlichen Verlauf	236
Abbildung 9: AU 6+13; AU 13+25 (Ekman et al., 2002, S. 183)	271
Abbildung 10: Hillary Clinton (Inside Hoops, 2017)	271
Abbildung 11: % der totalen, auf therapeutische Faktoren zurückführbaren Varianz zum Psychotherapie-Outcome (Norcross & Lambert, 2011a, S. 13)	304
Abbildung 12: <i>Action Units</i> der oberen Gesichtshälfte und die wichtigsten Kombinationen (Tian et al., 2001, S. 98).....	354
Abbildung 13: <i>Action Units</i> der unteren Gesichtshälfte und die wichtigsten Kombinationen (Tian et al., 2001, S. 99).....	355

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Operationalisierung einer PAM (Bänninger-Huber et al., 2016, S. 24)	148
Tabelle 2: Phänomenologie und Funktionen der vier PAM-Typen (Bänninger-Huber et al., 2016, S. 25).....	149
Tabelle 3: Objektive Gesprächs- und Transkriptdaten	170
Tabelle 4: Kurzdarstellung des Gesprächsverlaufs des Falls 'Alexandra'.....	208
Tabelle 5: Objektive Gesprächs- und Transkriptdaten	235
Tabelle 6: Kurzdarstellung des Gesprächsverlaufs des Falls 'Christoph'	284

Danksagung

Meiner Doktormutter, Prof. em. Dr. phil. Brigitte Boothe, danke ich von Herzen dafür, dass sie mir immer mit fachlichem Rat und stets wohlwollender und kreditierender Haltung zur Seite stand und mir die Zeit und Freiheit liess, die ich für die Erarbeitung der Dissertation benötigte. Die Jahre als Assistentin an Brigitte Boothes Lehrstuhl und die Weiterbildung zur Psychotherapeutin unter ihrer Leitung haben mein psychoanalytisches Denken und Arbeiten massgeblich geprägt.

PD Dr. phil. Bernhard Grimmer ist nicht nur mein Zweitgutachter, er war mir vor allem durch seine Vorlesungen, Seminare und Bücher ein guter Lehrer.

Ich danke meinen lieben Eltern Hoa und Andreas, die mir ein Jahr ungestörten Arbeitens ermöglichten und mich ihr Vertrauen in meine Fähigkeiten immer spüren liessen. Schon früh haben sie in mir die Leidenschaft, immer weiter lernen und erkennen zu wollen, und die dafür notwendige Haltung der Neugier und Beharrlichkeit geweckt und gefördert.

Dr. phil. Lea Richter, meiner ‚Sparring-Partnerin‘, verdanke ich viel, weil wir uns gegenseitig immer wieder motivieren und begeistern konnten. Aus der langen und oftmals mühseligen Doktoratszeit entstand, sozusagen en passant, eine einmalige Freundschaft.

Ich danke ausserdem meiner mir so lieben Gotte Marianne, die mir für den manchmal notwendigen Tapetenwechsel während des Schreibens ein wunderbares Refugium bot; der Blick aus dem Arbeitszimmer in die winterliche Appenzeller Landschaft bleibt unübertroffen.

Meine beiden Schwestern Martina und Dominique sowie meine Freunde und Freundinnen will ich hier ebenfalls erwähnen. Sie alle standen mir auf vielfältige Weise hilfreich zur Seite und gaben mir emotional Rückhalt.

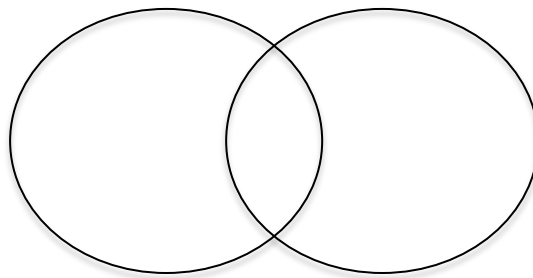
Für die Unterstützung in der Dissertationsphase bedanke ich mich vor allem auch bei meinen geliebten Mann Benedikt, der mich all die Jahre auf so viele Arten unterstützte und nie den Glauben in mich und meine Fähigkeiten verlor – auch dann nicht, als er mir selbst zeitweise abhanden kam. Es ist nicht in Worte zu fassen, was er in dieser Zeit für mich und unsere Tochter Clara leistete.

Zu guter Letzt möchte ich den vielen Menschen, mit denen ich über all die Jahre therapeutisch arbeiten durfte, danken. Erst durch sie wurde diese Arbeit mit Sinn gefüllt.

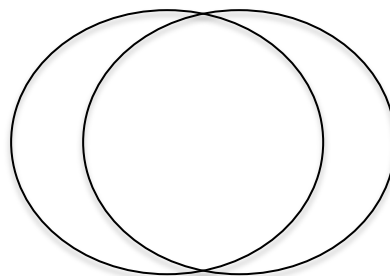
What I have learned is minimal of facts or answers about counseling but a lot about research methodology and myself as a researcher. I have grown to recognize the limitations of research, particularly the traditional models. Even more I have learned about the difficulty of doing research. It is easy to put together an idea and run a study, but it is very difficult to do a study that says anything about counseling. Concomitantly, I have come to a greater appreciation of how complex the counseling process is. I realize how hard it is to ask the appropriate questions unless I am close to understanding the actual process. Perhaps counseling/psychotherapy are harder areas to do research in, or perhaps it is simply that we do not yet have the appropriate research paradigms to apply to such a complicated process. (Hill, 1984, S. 99)

Einleitung

Zu Beginn meiner Ausbildung zur Psychotherapeutin, in meinem ersten praktischen Jahr nach Abschluss des Studiums, zeichnete mir mein damaliger, kurz vor seiner Pensionierung stehender Supervisor vor meinem ersten selbständig geführten Erstgespräch folgendes Diagramm auf ein Blatt Papier und sagte dazu:



«Der eine Kreis steht dafür, wie der Patient die Dinge sieht, der andere Kreis für deine Sichtweise. Versuche, die Schnittfläche der beiden Kreise möglichst gross zu machen.»



Was sich in der Theorie so simpel anhörte, war schwieriger als gedacht. Mein ‚Rucksack‘ an Wissen, den ich mir in Jahren des Studiums, in Praktika und Weiterbildungen gefüllt hatte, die angestrengte Suche nach einer Diagnose (einer Art ‚Schublade‘, die es mir ermöglichen würde, Anleitung für die weitere Therapieplanung zu finden) lenkten meine Art, das Gespräch zu führen und die Therapie abzustecken. Ich hatte die Vorstellung, dass ich nur die richtige Diagnose finden müsste, um ‚das Problem zu verstehen‘, um dem Patienten oder der Patientin den optimalen Lösungsweg aufzeichnen zu können. Dabei verlor ich regelmässig mein Gegenüber aus den Augen und wunderte mich dann, wenn Abklärungen scheiterten.

Meine 'Erfolgsrate' ist glücklicherweise mit den Jahren gestiegen. Mit der Erfahrung kam die Gewissheit, dass nichts ohne die Zustimmung der Patienten und Patientinnen geschehen kann. Mit der praktischen Erfahrung stieg die therapeutische Sicherheit, und desto mehr erlaubte ich mir, mich im Erstgespräch stärker dem Gegenüber und seinen Anliegen zu widmen, mich von ihm lenken zu lassen, ohne jedoch dabei mein fachliches Wissen ausser Acht zu lassen. Immer mehr versuche ich, Behandlungswege zu finden, die auch zu den Lebensentwürfen der Betroffenen, ihren Wünschen und Sichtweisen passen.

1 Problemstellung und Zielsetzung

1.1 Problemstellung I: Worauf kommt es im Erstgespräch wirklich an?

Angehende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden im Verlauf des Studiums und der Weiterbildung solide in der Erkennung und Diagnose psychischer Störungen ausgebildet, sowohl in der Anwendung des *Internationalen Klassifikationssystems* ICD-10 (Dilling et al., 2016) oder des in der Forschung gängigen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM-IV (Sass, 2003), aber auch in verfahrensspezifischen Diagnosesystemen wie der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* OPD-2 für die tiefenpsychologisch fundierte und die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, 2006). Erstes Ziel im Patientenkontakt ist gemeinhin die akkurate Diagnosestellung (die leider oftmals nicht so trennscharf möglich ist wie in den Klassifikationssysteme vorgesehen) sowie die daran ausgerichtete Behandlungsplanung.

Auch die psychoanalytischen Behandlungsempfehlungen zum Erstgespräch stellen hauptgewichtig Themen der Diagnostik und der Einschätzung der Behandelbarkeit ins Zentrum des Interesses (Wegner, 2014). Da sich die psychoanalytische Therapie auf die Arbeit mit dem Unbewussten stützt, gestaltet sich die Erfassung der relevanten Informationen natürlich ungleich schwieriger. Das Unbewusste ist seiner Natur gemäss nicht über direkte Befragung zu erfassen. So ist nicht weiter erstaunlich, dass sich die psychoanalytische Behandlungstheorie eingehend (und in Bezug auf das Erstgespräch weitestgehend ausschliesslich) damit befasst, wie sich nun unbewusste Konflikte, psychische Struktur, dysfunktionale Beziehungsmuster, aber auch unbewusste Widerstände gegen eine Behandlung am besten erschliessen lassen.

Doch den praktisch tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird rasch klar, dass diese Ziele alleine nicht hinreichend erfassen, was für die Begründung eines funktionierenden und erfolgreichen Erstgesprächs notwendig ist. Oft wird bei der Suche nach der passenden Diagnose vergessen, dass sich Ratsuchende ebenfalls eine – und sicher keine an der jeweiligen Behandlungstheorie angelehnte – Erklärung für ihr Leiden und ihre Situation gebildet haben. Aveline (2005) erfasst die Problemlage treffend:

Diagnosis atomizes what is unitary. For a variety of political and financial reasons, psychotherapy has adopted a form of classification shaped by a medical concept of disease. Categorical diagnosis

implies that disorders are discrete entities with different causes and treatments and does not fit the ‚problems in living‘ presentations that are the province of psychotherapy and a major part of the work of psychiatry. (S. 158)

Patientenbefragungen machen denn auch deutlich, dass nicht die Akkuratessse der (verfahrensspezifischen) Diagnostik den Ausschlag gibt, ob sie mit dem Erstgespräch zufrieden sind und sich für eine Psychotherapie motivieren lassen, sondern dies davon abhängt, ob ihre eigene Sichtweise auf das Problem sowie ihre Vorstellungen und Erwartungen an eine Psychotherapie in den Entscheidungsprozess der Fachpersonen integriert werden (Noble et al., 1999).

Es gilt also, in einem Erstgespräch auch die Perspektive der Ratsuchenden aufzunehmen, ihren zahlreichen Anliegen, die weitaus mehr als das ‚Problem‘ bzw. Beschwerdebild umfassen, die notwendige Aufmerksamkeit zu schenken. Nur so kann es gelingen, das therapeutische Angebot – das sich sehr wohl an diagnostischen Überlegungen orientieren darf – mit ihnen abzugleichen und sie von dessen Sinnhaftigkeit zu überzeugen. Diese zentrale therapeutische Aufgabe, im Erstgespräch einen möglichst großen gemeinsamen Nenner zu finden, wird in der psychoanalytischen Literatur nur in wenigen Ansätzen vertieft.

1.2 Zielsetzung I: Was ist ein Anliegen und wie lässt es sich fruchtbar machen?

Der wichtigste dieser Ansätze ist das *Anliegen* (Mathys et al., 2013). Es nimmt auf diese Problematik Bezug, indem die bestehende psychoanalytische Behandlungstheorie zum Erstgespräch um die Achtung der Patientenperspektive erweitert wird. Das Anliegen beschreibt einen Aushandlungsprozess, an dessen Ende ein gemeinsames Verständnis des eingangs erst fragmentarisch fassbaren problematischen Sachverhalts oder Beschwerdebildes sowie eine übereinstimmende Vorstellung von dessen Lösung im psychotherapeutischen Setting stehen sollte (*Was* soll in der Psychotherapie bearbeitet werden und wie hat dies zu geschehen?). Ebenfalls gehören zum Anliegen die expliziten und impliziten Erwartungen an die therapeutische Beziehung (*Wie* möchte ich von der Therapeutin oder vom Therapeuten behandelt werden?).

Bei der Erarbeitung eines praktisch nutzbaren Anliegenkonzepts sind insbesondere die Vorarbeiten von Nothdurft (1984) und Wilke (1992) zu nennen, die in ihren inhalts- und konversationsanalytischen Studien überzeugend herausarbeiten, dass Ratsuchende in (therapeuti-

schen) Erstgesprächen nicht etwa mit einem Problem, sondern mit einem Anliegen an die Fachperson herantreten. Sie schildern einen problematischen Sachverhalt und wollen, dass die Fachperson etwas damit macht, sie in der Lösung hilfreich unterstützt. Die Forschungsgruppe um Prof. em. Brigitte Boothe, zu der auch die Verfasserin dieser Arbeit gehörte, legte ein erstes umfassendes Modell zum Anliegen im Erstgespräch vor (siehe Abb. 1).

Anliegen	<i>Explizit</i>	<i>Implizit</i>
<i>Inhalt</i>	Explizit formuliertes Anliegen: Schilderung von Problemen, Symptomen, Veränderungswünschen etc.	Impliziter Aspekt des Anliegens: "latente Problemorganisation", performativ in der Gestaltung von Erzählungen zum Ausdruck gebracht
<i>Beziehung</i>	Ausdrücklich an Therapeut/innen gerichteter Wunsch, Appell, Befürchtung etc.	Implizit an Therapeut/innen gerichteter Beziehungsaspekt, performativ in der Gestaltung der Interaktion zum Ausdruck gebracht

Abbildung 1: Vier Dimensionen des Anliegens nach Mathys et al. (2013)

Dieses Modell des Anliegens ist ein ganzheitliches und beschränkt sich nicht auf das zu behandelnde Problem und was damit zu geschehen hat (Inhaltsaspekte). Es thematisiert auch, dass eine Person, die sich in ein Erstgespräch begibt, auf eine gewisse Art und Weise *behandelt* werden möchte, umschreibt neben dem Inhalt (dem Problem) also auch die Form (therapeutische Beziehungsgestaltung). Konzepte wie die *therapeutische Allianz* von Bordin (1979) oder das *Arbeitsbündnis* von Gelso und Carter (1994) konzentrieren sich auch auf diesen Aspekt der Zusammenarbeit, fokussieren aber auf explizite, bewusstseinsnahe Elemente wie die Übereinstimmung der Therapieziele und -aufgaben.

Das Anliegen nach Mathys et al. (2013) fokussiert in erster Linie auf die exakte Erfassung aller Anliegenndimensionen (Inhalt, Beziehung, explizite und implizite Elemente). Mit Vorgriff auf das Ergebnis dieser Arbeit sei gesagt, dass sich die Autorin im Zuge der theoretischen und empirischen Auseinandersetzung mit dem Thema mehr und mehr von der Vorstellung eines statischen Modells entfernte und den prozesshaften Charakter des Anliegens stärker in den Vordergrund der Betrachtung rückte – im Sinne des Aushandlungsprozesses von Faller (1998):

Wenn sich Patienten zu einem Erstgespräch in einer psychotherapeutischen Einrichtung vorstellen, bringen sie meist schon mehr oder weniger ausformulierte Vorannahmen darüber mit, worin ihr Problem bestehe, worauf es zurückgeführt und wie ihm am besten abgeholfen werden könne. Es gehört dann zu den Aufgaben, die sich sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten beim Erstkontakt stellen, ein vorläufiges gemeinsames Verständnis des Problems zu erarbeiten. Der Prozess der Indikationsstellung kann viel eher als Aushandlungsprozess konzeptualisiert werden, denn als logische Zuordnung von Syndrom und Therapiemaßnahme. (S. 8)

Im Laufe der Arbeit wurde deutlich, dass nicht das Erfassen der verschiedenen Anliegen dimensionen, wie im Modell von Mathys et al. (2013) dargestellt, das Anliegen als Konzept so wesentlich und innovativ macht. Der Sinn des Erstgesprächs besteht vielmehr darin, das Anliegen *auszuhandeln* und zu einem gemeinsamen Verständnis und somit einer Arbeitsgrundlage zu gelangen.

Damit ist die Arbeit mit dem Anliegen mit einer therapeutischen Haltung verknüpft, die zum einen stark von den evidenzbasierten Erkenntnissen der empirischen Psychotherapie-Beziehungs-Forschung geprägt ist: Klientinnen und Klienten sind massgeblich und vielleicht noch stärker als die Behandelnden für das Gelingen einer Psychotherapie verantwortlich (Norcross & Lambert, 2011a, S. 13). Eine solche kann folglich nur überzeugend vollzogen werden, wenn sie als ebenbürtig im therapeutischen Geschehen positioniert werden. Indem man sie als gleichwertig behandelt, lässt man sie ihre Verantwortung für das therapeutische Gelingen spüren.

Die Arbeit mit dem Anliegen kann zum anderen als zutiefst psychoanalytisch bezeichnet werden. Psychoanalyse und andere darauf basierende Therapieverfahren bilden ein Setting für Erfahrungen, die einen Prozess der Autonomisierung möglich machen (Schüle in & Haubl, 2016). «Die Psychoanalyse ist eine Selbst-Tätigkeit, ein Nachdenken von jemandem über sich selbst; sie ist der Zugang zur Autonomie durch konkretes Praktizieren von Autonomie mit Hilfe eines anderen» (Castoriadis, 1999, S. 194; zit. nach Schüle in & Haubl, 2016, S. 51). Indem man Klientinnen und Klienten aktiv einbindet, nimmt man sie ernst; indem man sie als gleichwertig behandelt und ihre Verantwortung für die therapeutische Arbeit kreditierend anerkennt und auch einfordert, erhalten sie eine fähigere Rolle im Interaktionsgeschehen. So setzt sich der gewünschte Prozess der Selbstbestimmung und Eigenständigkeit in Gang.

1.3 Problemstellung II: „C'est le ton qui fait la musique“ oder „Wie spricht man eigentlich mit seinen Patienten?“

Seit die Patientin *Anna O.* den Begriff der *talking cure* prägte, um ihre Behandlung bei Josef Breuer zu umschreiben (Breuer, J. & Freud, 1895/2012), und Sigmund Freud ihn wiederum zur Erklärung verwendete, was in einer Psychoanalyse vor sich gehe (1909/1920), hat sich diese Umschreibung zum Bonmot für Psychotherapie schlechthin entwickelt. Indem wir also mit unseren Patientinnen und Patienten sprechen – oder *kommunizieren*, denn auch die nichtsprachlichen Kommunikationskanäle haben ihren Anteil am Geschehen –, initiieren wir (hoffentlich) eine psychische Veränderung hin zum Positiven. «Psychotherapy is made possible by therapists and clients exerting their ordinary skills in social interaction as speakers, listeners, questioners, answerers, and so on» (Peräkylä et al., 2008a, S. 6).

Oft hört man, gerade auch von Therapeutinnen und Therapeuten, dass man 'Psychoanalyse' nicht erklären könne, sondern erleben müsse. Die emotionale Erfahrung einer therapeutischen Behandlung kann tatsächlich nur nachvollziehen, wer einmal selbst in der Patientenrolle war. Der Kommentar verweist indes noch auf einen anderen Aspekt, nämlich darauf, dass offenbar schwer vermittelbar ist, was psychoanalytische Therapeutinnen und Therapeuten tun. Dies trägt zur Mystifizierung der analytischen Methode bei. Daran störten sich schon Enid und Michael Balint (1966): «... man scheint sogar zu glauben, dass die Psychiater und Psychoanalytiker eine Art esoterischen Wissens von der richtigen Technik besäßen, die sie eifersüchtig als Geschäftsgeheimnis hüteten. Immer wieder waren wir überrascht, wenn wir in unseren Seminaren von den Ärztegruppen angefleht wurden, ihnen doch etwas von unserem Geheimnis zu verraten» (S. 205).

Die analytische Technik scheint so komplex, dass sie sich nicht in Form abstrakten Wissens vermitteln lässt, so die Meinung vieler. Die theoretischen Inhalte werden in Seminaren in Form von Konzeptwissen weitergereicht. Die Form aber, das 'Analysieren', muss man anscheinend wie das Fahrradfahren erlernen, indem man es tut; indem man sich selbst einer langen psychoanalytischen Therapie oder Psychoanalyse unterzieht und indem man – *trial and error* – an Patientinnen und Patienten übt.

An diesen beiden Formen des Lernens ist an sich nichts auszusetzen. Erst die Vorstellung, dass das psychoanalytische Geschehen *ausschliesslich* auf diese Weise von Generation zu

Generation weitergegeben wird, darf berechnete Zweifel auslösen. Denn diese Art der prozeduralen Wissensvermittlung ist fehleranfällig. Was, wenn der Lehranalytiker oder die Lehranalytikerin eine unmögliche Praxis vorgelebt hat? Im eigenen Behandlungszimmer wird sich ausser den Patientinnen und Patienten niemand über die kommunikativen Kompetenzen echauffieren, mögen diese noch so miserabel sein. Auch die Hoffnung, der 'Markt' werde das Problem von alleine regeln, ist in einer Zeit, in der Psychiaterinnen und Psychiater händeringend gesucht werden, zumindest für den ärztlichen Bereich, nicht angebracht. Auch das Kontrollsystem der Supervision hilft in den wenigsten Fällen, die eigenen Gesprächskompetenzen zu verbessern, da nur wenige mit Videoaufnahmen ihrer Sitzungen arbeiten. Die Supervisorin oder der Supervisor erfährt sozusagen in einer vorverdauten Version, was in einer Therapie nicht gut läuft. Sich Wissen auf rein praktischem Wege anzueignen, kann also recht anfällig für Fehler sein. Prozedurales (Handlungs-)Wissen muss auf bereits vorhandenes deklaratives Wissen zurückgeführt werden können, dessen Erwerb durch Vermittlung (und nicht durch Erleben) stattfindet. Die Aussage, dass Psychoanalyse nur erlebbar sei, lässt erkennen, dass das Korpus an deklarativem Wissen über interaktive Prozesse in der Psychoanalyse (wie überhaupt in der Psychotherapie) begrenzt ist. Darauf weist auch die vergleichsweise wenig prominente Bedeutung von Konzepten wie dem Anliegen hin.

Dass die bestehenden Ausbildungen die angehenden Fachpersonen zu *erfolgreichen* Therapeutinnen und Therapeuten machen, sei denn auch ein Mythos in der Psychotherapie, schrieben Stucki und Grawe (2007). Sie kritisierten, dass in den Ausbildungen zu weitaus größten Teilen rein konzeptionelles Wissen vermittelt wird, kaum aber praktische Fertigkeiten eingeübt oder konkrete Handlungsanweisungen darüber vermittelt würden, was im unmittelbaren Prozess getan werden muss. Es fragt sich, wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich im Rahmen ihrer Ausbildung tatsächlich mit ihren kommunikativen Kompetenzen und Insuffizienzen auseinandersetzen müssen. «Hierbei wird nach der Hoffnung gelebt, dass Therapeuten mit zunehmender Erfahrung dann schon lernen, in ihrem Beziehungsverhalten das Richtige zu tun» (ebd. S. 18). In anderen Gesundheitsberufen kann man ob dieser Art der Wissensvermittlung nur den Kopf schütteln.

Das Problem beginnt im Grunde aber nicht bei der Ausbildung, sondern bereits bei der Psychotherapieforschung. Diese ist vornehmlich darauf ausgelegt zu belegen, dass Psychotherapie effektiv wirkt, und schliesslich, die verschiedenen Verfahren untereinander auf ebendiese Wirksamkeit hin zu vergleichen. Immerhin wird auch der Faktor 'therapeutische Beziehung'

eingehend erforscht (Norcross, 2011). Doch auch hier kommen zum grössten Teil evaluative Verfahren (v.a. Fragebögen und Interviews) zum Einsatz. Erhoben werden folglich theoretische Konstrukte. Die Empfehlungen, die sich daraus gewinnen lassen, sind dementsprechend konzeptuell. So lautet ein Item zur Erfassung der Skala 3 ('Zuversichtliche Zusammenarbeit') in der *Skala Therapeutische Allianz-Revised STA-R* (Brockmann et al., 2011): "Als ein Ergebnis unserer Sitzungen ist mir jetzt klarer, wie ich mich ändern könnte". Die 'praktische' Folgerung, die aus einer solchen Erhebung gewonnen wird, könnte dann – etwas plakativ – lauten: 'Achten Sie auf eine gute Zusammenarbeit. Diese kann gelingen, indem sie dem Patienten oder der Patientin die kausale Verknüpfung zwischen ihrem Verhalten und ihrem Leiden erklären und Lösungswege aufzeigen'. Doch wie tut man das konkret im Gespräch? Und was machen erfolgreiche Therapeutinnen und Therapeuten dabei anders als ihre weniger erfolgreichen Kolleginnen und Kollegen? Es ist nahezu unerforscht, wie sich diese Prozesse der Verständigung entfalten. «Wie man Therapeuten dazu bringt, erfolgreich zu werden, darüber gibt es nahezu keine empirische Forschung» (Stucki & Grawe, 2007, S. 16).

Die Psychotherapieprozessforschung bietet solche empirischen Erkenntnisse mit konkretem Handlungsbezug. Sie lässt sich von Fragen nach der Wirkungsweise leiten. Indes ist sie hochkomplex und zeitintensiv und dementsprechend aufwändig. Bekannte Vertreter sind Safran und Muran, die sich mit Rupturen in der therapeutischen Beziehung und ihrer Bewältigung innerhalb des Therapieprozesses befassen (Safran et al., 2011). Peräkylä, Vehviläinen, Antaki (Peräkylä et al., 2008a), Streeck (2006) und Grimmer (2005, 2014) untersuchen mit konversationsanalytischen Mitteln kommunikative Mikroprozesse, also wie Therapeut/innen und Patient/innen ihr Gespräch gemeinsam gestalten. Krause (2012) und Bänninger-Huber (Bänninger-Huber et al., 2016) wiederum befassen sich mit nonverbalen, vor allem mimisch-affektiven Prozessen im therapeutischen Geschehen.

Die obige Aufzählung ist naturgemäss nicht abschliessend. Es fällt aber auf, dass Vertreterinnen und Vertreter psychodynamischer Therapieverfahren überdurchschnittlich häufig in der Psychotherapieprozessforschung vertreten sind. Dies hat vor allem mit bedeutenden theoretischen Errungenschaften aus der Bindungsforschung und Entwicklungspsychologie zu tun, die erhebliche Auswirkungen auf die klinische Psychoanalyse hatten. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang die entwicklungspsychologische Interaktionsforschung an Mutter-Säugling-

Dyaden von Stern (1985) und die Arbeiten Fonagys zu Mentalisierungsprozessen (Fonagy, 2005).

Wenn therapeutische Veränderung in der psychodynamischen Therapie nicht mehr, wie früher gedacht, vorrangig über die Vermittlung expliziten Wissens geschieht, sondern über interaktionelle Prozesse, wird die präzise Untersuchung der Vorgänge in der Therapiesitzung also zwingend notwendig. Thomä und Kächele (2006a) führen hierfür den Begriff *mikroprozessual* (S. 54) ein, der verdeutlicht, dass in der Forschung zum therapeutischen Gespräch sehr genaues Hinschauen notwendig ist.

1.4 Zielsetzung II: Praxisbezug der Dissertation

Um mit Buchholz (2009) zu sprechen: «Ausgangspunkt ist die Beobachtung, wie wenig die eigentliche therapeutische Konversation Gegenstand detaillierter Beobachtung geworden ist, die meisten Theorien verlassen sich grossflächig auf das, was ein Therapeut meint, in einer Sitzung beobachtet zu haben und darauf werden grosse Theoriengebäude errichtet» (S. 129). Es gilt, dem Übergewicht an konzeptuell geschaffenem Wissen ein Set von praktischen Empfehlungen hinzuzufügen. Darum beschränkt sich die vorliegende Dissertation nicht auf die theoretische Erarbeitung eines erweiterten Anliegenkonzepts (das aber für praktisch Tätige ebenfalls schlüssig und einfach nachvollziehbar sein soll). Vielmehr wird anhand einer explorativen empirischen Studie an psychoanalytischen Erstgesprächen nachverfolgt, wie sich eine gelungene Bearbeitung des Anliegen in der Kommunikation niederschlägt. Es soll nachvollziehbar werden, mit welchen sprachlichen und nonverbalen Mitteln Therapeutinnen und Therapeuten Verstehen ausdrücken, wie sie Ratsuchende auf gute Weise in das Gespräch einbinden und wie sie ihre Interventionen vorbereiten und darbringen – im Grunde also, was sie in der Interaktion beachten und wie sie mit ihrem Gegenüber sprechen sollen.

Das Erstgespräch, Motivation und Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit, steht dabei berechtigterweise im Zentrum der Betrachtung: In ihm spiegelt sich oftmals schon der spätere Behandlungsverlauf beziehungsweise -erfolg wider (Elliott, K. P. et al., 2015). Das Erstgespräch ist entscheidend dafür, ob eine Klientin oder ein Klient das Gefühl hat, mit dem Anliegen gut bei der Therapeutin oder dem Therapeuten aufgehoben zu sein – und ob sie oder er bereit ist, sich auf eine psychotherapeutische Behandlung einzulassen. Dass sich die Kritik an der ausschliesslich prozeduralen Wissensvermittlung auch auf spätere Gespräche und damit

einen längerfristigen Horizont der therapeutischen Beziehung ausweiten lässt, versteht sich von selbst. Dieser Horizont kann in der vorliegenden Arbeit aber nur am Rande gestreift und auf den bedeutenden Forschungsbedarf hingewiesen werden. Hingewiesen sei ebenfalls darauf, dass Erstgespräche im Gegensatz zu den darauf folgenden therapeutischen Sitzungen stärker noch einem vorgezeichneten Ablauf folgen (Wilke, 1992) und deswegen der empirischen Analyse und der Erarbeitung von praktischen Handlungsempfehlungen besser zugänglich sind. Auf die extreme Komplexität, die psychotherapeutische Sitzungen nach der Abklärung entwickeln können, wies schon Freud (1913/1996, S. 454) in seinem Aphorismus vom Schachspiel hin; nur Anfang und Ende eine Therapie würden eine systematischen Darstellung gestatten.

2 Verortung der Dissertation im Forschungsfeld der Psychotherapie

With some exceptions, psychotherapy research and practice has yet to agree on its core. With some exceptions, psychotherapy researchers and practicing clinicians live in separate worlds. And even within their own worlds, researchers and therapists have their own subgroups. (Goldfried, 2015, S. 161)

2.1 Problem: Keine Einigkeit darüber, was Psychotherapie im Kern ausmacht?

2.1.1 Anspruch auf Seriosität nach aussen und Zerwürfnisse im Innern

Die professionelle Beschäftigung mit alltäglichem seelischem Geschehen entbehrt auf den ersten Blick "des ernsthaften Gepräges der Wissenschaftlichkeit", wie Freud (1895/2012, S. 227) einst formulierte, und zwar nicht nur, weil Scharlatane es leicht haben, sich Marktanteile zu sichern und das akademische Ansehen zu verderben, sondern auch, weil "für dieses Ergebnis die Natur des Gegenstandes offenbar ... verantwortlich zu machen ist" (ebd.). Die "Natur des Gegenstandes" - das heisst, seelische Bedrängnisse, seelische Notlagen, die Lebensbewältigung und Lebensgenuss einschränken mögen, die jedoch nicht augenfällig tragisch oder quälend sind. ... Man lacht – intuitiv und ohne darüber nachdenken zu müssen –, weil die psychische Bedrängnis etwas vermittelt, was nicht allein auf Schmerz und Not verweist, sondern auch auf verdeckten Genuss, auf Entschädigung, Schonung, Verkleidung, Selbsttäuschung. Man spürt oder ahnt das Selbstgeschaffene der Not und der Bedrängnis, und so gerät sie ins Zwielficht. Und das färbt ab auf die Profession, die sich diesem Gegenstand verschreibt, wie der Russ des schwarzen Gemäuers auf den Schornsteinfeger abfärbt. (Boothe et al., 1998, S. 21f.)

Hans-Jürgen Eysenck veröffentlichte 1952 eine Evaluation zur Psychotherapie (die damals mit Psychoanalyse gleichzusetzen war), die der Methode attestierte, genauso unwirksam wie eine unspezifische Behandlung zu sein und sogar schädlicher als eine Nicht-Behandlung, indem sie die Spontanheilung verhindere. Diese vernichtende Kritik hat die Psychotherapieforschung, ja, die Berufsgruppe als solche, bis heute tiefgreifend geprägt (und gespalten). Es begann eine Phase der Legitimation, die den eigentlichen Beginn empirischer Psychotherapieforschung darstellt und das Freudsche Junktum vom Heilen und Forschen (Freud, S., 1926, S. 293) ablöste. Eysencks Kritik ist es somit zu verdanken, dass sich in den darauf folgenden Jahren und Jahrzehnten neue Therapieverfahren entwickeln konnten und im Grossen und Ganzen eine merkliche Verbesserung der Qualität psychotherapeutischer Behandlungen erfolgte. Seine Kritik hatte aber auch desaströse Folgen für die Psychotherapie, die bis heute anhalten. «Because of Eysenck's challenge, psychotherapy research got off on the wrong foot, to show that it did work, and because of school wars it continued in this vein trying to prove

mine is better or bigger than yours!» (Greenberg, L. S., 2015, S. 23). Subtile Herabwürdigungen oder schlichtweg die Nichtbeachtung anderer Theorien in Lehre und Forschung sind die Normalität im heutigen universitären Betrieb. Der Wettbewerb um finanzielle Mittel, sei es in der Forschung bei der Vergabe von Drittmitteln oder in der Praxis bei der Frage um die Vergütung durch Krankenkassen, scheint die aufreibenden Grabenkämpfe nur weiter anzufachen und das Trennende zwischen den verschiedenen Gruppen zu zementieren. Eine «seltsame Dichotomisierung ..., die sich durch die Geschichte der Psychologie des 20. Jahrhunderts zieht», vermerkt Billmann-Mahecha (2001, S. 118). «Es ist die Rede von: naturwissenschaftlich vs. geisteswissenschaftlich, objektivierend vs. subjektivierend, nomothetisch vs. idiographisch, erklärend vs. verstehend und in jüngerer Zeit qualitativ vs. quantitativ» (ebd.).

2.1.2 Das Ringen um den passenden Wissenschaftsbegriff

«Die Psychologie hat eine lange Vergangenheit, doch nur eine kurze Geschichte», beginnt Hermann Ebbinghaus (1909, S. 7) seinen *Abriss der Psychologie*. So lässt sich die Beschäftigung mit dem menschlichen Verhalten und Erleben bis zu den griechischen Philosophen, ja bis zu den spirituellen Führern der grossen Religionen und wahrscheinlich noch weiter zurückverfolgen. Als abgrenzbare wissenschaftliche Disziplin besteht sie noch nicht lange, und die Psychotherapie als die Wissenschaft von der Heilung seelischen Leidens nimmt ihren Anfang erst so richtig im 19. Jahrhundert mit der Einführung der Hypnose. «Psychotherapy is an infant science», schreibt Goldfried (2000, S. 2). Was sind hundert Jahre im Vergleich zu jahrtausendealten Disziplinen wie der Mathematik, Physik, Philosophie, Biologie oder auch medizinischen Disziplinen wie der Chirurgie? Es mag mit Blick auf diesen kurzen Zeithorizont und das Streben, als seriöse Wissenschaft anerkannt zu werden, erklärbar sein, dass sich die psychotherapeutische Gemeinschaft nicht darauf einigen kann, wie Psychotherapie wissenschaftlich zu beforschen sei, beziehungsweise dass sie sich in das enge Korsett des naturwissenschaftlichen Modells zu pressen versucht.

This singular and prescriptive model of inquiry is clearly associated with academic psychology's longstanding aspiration to claim the status of a respectable 'natural' science. The irony is that the model of science mainstream psychology appears to wish to aspire to is, in a sense, a redundant one. Science is, in fact, a polymorphous activity, drawing from a range of theoretical and philosophical bases and employing a range of different methods ... (Smith et al., 1995, S. 2)

Jedoch kontrastiert die Erforschung menschlicher Erfahrungen – und diese ist das Herzstück der Psychotherapieforschung, wie übrigens der Psychologie generell – grundlegend mit anderen naturwissenschaftlichen Feldern. Während jene sich mit prinzipiell beobachtbaren Phänomenen auseinandersetzen, geht es bei der Psychotherapie um innere Vorgänge wie Wahrnehmung, Kognition, Intention, Wille, Emotion, Bewusstsein, Unbewusstes etc. (Stiles, 2011). Das wissenschaftliche Selbstverständnis der Psychologie indes bleibt im positivistischen Wissenschaftsverständnis verhaftet. Wie der namhafte US-Psychologe Kenneth Gergen in einem Interview mit Mattes und Schraube (2004) bemerkt, liegt die anhaltende Selbstbeschreibung der Psychologie auf positivistische Paradigmen auch stark in den etablierten Macht- und Prestigehierarchien begründet:

Viele der heutigen jungen Psychologinnen und Psychologen, die ich kenne, kümmern sich nicht weiter um die Probleme des Positivismus. Sie wollen einfach in den Strukturen vorankommen, und fast der einzige Weg dahin führt noch immer über die alten engen Pfade: experimentelle Arbeiten veröffentlichen oder untergehen. Wer das Wissenschaftsverständnis des Faches in Frage stellt und andere Denk- und Forschungsweisen entdecken möchte, gefährdet sein berufliches Weiterkommen. (S. 48)

2.1.3 Der Schulenstreit: Die Psychotherapie wird von der Theorie her gedacht

Bereits auf universitärer Ebene wird oftmals nicht *eine* Psychotherapie vermittelt, die verschiedene Verfahren umfasst und würdigt. Vielmehr wird schulenspezifisch gelehrt. So werden Studierende bereits sehr früh in eine (Denk-)Richtung beeinflusst. Die Separation zieht sich dann weiter: Weiterbildungen in Psychotherapie sind traditionellerweise an Institutionen angeschlossen, welche die ihnen eigenen Theorien lehren, und diese finden oftmals keinen Anschluss an die universitären Wissenschaften mehr. Einmal auf eine Theorie ‚geeicht‘, werden auch Fortbildungen häufig fast ausschliesslich in der eigenen Verfahrensrichtung gewählt. Man bewegt sich in seiner Gemeinschaft und trifft nur auf Gleichgesinnte, sodass man immer nur mit ähnlichen Ansichten in Kontakt kommt. Jensen et al. (1990) stellten fest, dass in der Psychiatrie und von ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten die psychodynamischen Verfahren bevorzugt angewendet werden, in Sozialarbeit und Familientherapie der systemische Ansatz vorgezogen wird und Psychologinnen und Psychologen tendenziell mehr kognitiv-verhaltenstherapeutisch arbeiten. Solche Unterschiede sind ein deutliches Zeichen dafür, dass die fachliche Praxis vor allem von der eigenen Ausbildung und der Haltung eines Lehrkör-

pers oder Kollegiums geprägt ist und nicht von einer von der gesamten Fachdisziplin geteilten, auf rein wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Wissensgrundlage.

2.2 Lösung: Gräben schliessen und Brücken bauen

Die auf dem Gespräch basierende Psychotherapie als effektive Behandlungsmethode psychischer Störungen ist gefordert, sich gegen die Konkurrenz zur biologischen Psychiatrie mit ihren oftmals potenteren Geldgebern aus der pharmazeutischen Industrie zu behaupten. Das Gespräch als wirksame und wesentliche Behandlungsform für seelische Störungen hat eine Daseinsberechtigung. Dies wird aber solange geschwächt, solange die psychotherapeutische Gemeinschaft – in Wissenschaft und Praxis – nicht geeint auftritt.

2.2.1 Eine integrative Sicht auf das Behandlungswissen

In den über hundert Jahren hat es diese Disziplin nicht zustande gebracht, sich auf einen gemeinsamen Grundstock an klinischem und wissenschaftlichem Wissen zu einigen. Der Konsensfindung stehen dabei in erster Linie sich unterscheidende Theorien darüber im Wege, was eine wirksame Psychotherapie ausmacht, und an diesen wird hartnäckig festgehalten. Es fehlt eine Institution, die eine geistige Heimat für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jeglicher Couleur sein kann. Doch würde sich nicht gerade die Wissenschaft als solche anbieten? «A fruitful way to arrive at a consensus is with evidence. To the extent that we can demonstrate what works in actual practice, the role of theory becomes secondary» (Goldfried, 2015). Gräben zwischen den verschiedenen Therapieverfahren zu schliessen, gelingt dann am besten, wenn nach Gemeinsamkeiten anstatt nach Trennendem gesucht wird. Dies ist nicht nur aus berufspolitischen Überlegungen wichtig, sondern zuerst und vor allen Dingen aus technischen:

Therapists providing different therapies show a large degree of overlap in their behaviors across treatments so that it is possible to find more variance within name brand therapies than between them. The behaviors and attitudes that are present across treatments have been termed common factors. (Lambert, 2010, S. 16)

Eine Haltung der Integration ist nicht mit *Eklektizismus* oder *Pragmatizismus* gleichzusetzen, welche, getrieben allein von der Frage, was therapeutisch gut wirke, Theorien und Techniken aus verschiedenen Verfahren planlos aneinanderreihen und kombinieren. Denn bei diesen

Haltungen kann von einem evidenzbasierten Vorgehen kaum die Rede sein, da unter eklektizistisch arbeitenden Therapeut/innen wenig Konsens darüber besteht, welche Techniken tatsächlich die hilfreichsten sind – wahrscheinlich würden sich keine zwei finden, die auf ein und denselben Klienten dieselbe Technik anwenden würden (Lambert, 2010). Integrativ denkende und arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hingegen fragen sich nicht nur, welche Methode oder Intervention effektiv wirkt, sondern weshalb dem so ist. Sie orientieren sich also zunächst einmal an den allgemeinen Wirkmechanismen, um auf dieser Grundlage eigenständige, schulenübergreifende Theoriekonzepte und Praxisstrategien zu entwickeln. Gleichzeitig bewahren sie das wertvolle Wissen der grossen, geschichtsträchtigen Therapietraditionen (Norcross, 2005). Integrativ zu denken und zu arbeiten bedeutet also nicht, seine Wurzeln zu negieren, sondern sie mit wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnissen abzugleichen.

2.2.2 Die Schaffung eines transtheoretischen Konzepts

In der Wahl des Themas der vorliegenden Dissertation zeigt sich die aus diesen Gedanken resultierende integrative Haltung der Autorin: Dem Wirkfaktor der *therapeutischen Beziehung*, auf den sich alle untersuchten Therapieverfahren einigen können, wird im Anliegen eine besondere Rolle zuteil. «Emphasis on common factors ... has the potential for reducing conflicts between particular theoretic views while minimizing the importance of theory-based interventions to a necessary but insufficient component of intervening» (Lambert, 2010, S. 16). Das Konzept des Anliegens denkt sich darum nicht mehr prioritär von einer spezifischen Theorie, sondern von der therapeutischen Beziehung her und fusst auf der Erkenntnis der empirischen Forschung, dass in der Therapie nichts ohne die gelungene Einbindung der Klientinnen und Klienten geschehen kann (Norcross, 2011).

Das Bestreben um Integration zeigt sich auch im Aufbau der theoretischen Abhandlung dieser Dissertation. Nicht nur werden die auf der psychoanalytischen Theorie basierenden Behandlungsempfehlungen erläutert (Kapitel 6), sie werden um die Befunde der evidenzbasierten Forschung zum Thema der therapeutischen Beziehung (Kapitel 7) ergänzt und mit ihnen abgeglichen. So werden die Konvergenzen zwischen den wissenschaftlichen Befunden und den aus praktischer therapeutischer (psychoanalytischer) Erfahrung gewonnener Erkenntnissen erkennbar. Indem die Empfehlungen aus (psychoanalytischer) Theorie und Forschung gleichberechtigt nebeneinander aufgeführt sind, wird ihre grosse Übereinstimmung sichtbar:

«Schools overemphasize difference. Furthermore, psychotherapeutic interventions across therapies are much more similar than different and draw heavily on common factors» (Aveline, 2005, S. 158).

Das Anliegenkonzept soll aufgrund des ihm zugrunde liegenden integrativen Gedankens transtheoretisch gefasst und unabhängig von spezifischen Theorien anwendbar sein. Ganz bewusst baut das Konzept deswegen auf einem Begriff auf, der von keiner Therapieschule bereits vorgeprägt ist. Das *Anliegen* ist ein Alltagsbegriff, den alle kennen und der allen zugänglich ist. In den konzeptuellen Vorarbeiten von Mathys et al. (2013) wurde bereits Wert darauf gelegt, Begriffe wie 'unbewusst' und 'bewusst' weiter zu fassen. Indem von 'impliziten' und 'expliziten' Vorgängen gesprochen wird, lässt sich das Anliegen auch in nicht-psychoanalytische Verfahren wie zum Beispiel die (kognitiv-verhaltenstherapeutische) Schematherapie, die mit impliziten Motiven arbeitet, integrieren.

2.2.3 Eine Brücke zwischen Forschung und Praxis bauen

2.2.3.1 Alltagsnahe Forschungssituation

Wie die Erfahrung zeigt, leben Forscher/innen und Praktiker/innen oftmals in verschiedenen Welten. Ersteren bleibt neben ihrer fordernden wissenschaftlichen Tätigkeit nur selten genug Zeit, sich auch therapeutisch zu betätigen, und wenn, dann findet Therapie oftmals im experimentellen Setting von Studien statt und hat mit dem, was klinisch Tätige in Praxen und Kliniken tagtäglich erleben, kaum mehr etwas gemein. Die Menschen, die in einer Psychotherapiepraxis vorstellig werden, sind oftmals erst gar nicht in klinischen Studien repräsentiert, da sie mit ihren häufigen komorbiden Störungen es erst gar nicht durch den Auswahlprozess schaffen. Der psychotherapeutische Prozess vollzieht sich (trotz Behandlungsplanung) spontan und intuitiv, aus dem interaktiven Geschehen und den Bedürfnissen des Moments heraus, und ist manchmal nur schwer durch logische Argumentation zu untermauern. Es handelt sich in der Therapie, gerade in länger dauernden, um offene und zum Teil sehr komplexe Beziehungssituationen. Noch dazu ist jede Therapie für sich einzigartig.

Daher ist es hilfreich, Forschung zu betreiben, welche die Arbeit der praktisch Tätigen abbildet – und diese findet nun einmal nicht im experimentellen Setting und im Rahmen von RCT-Studien (*randomized controlled trial*) statt, wie Leslie Greenberg, Begründer der emotionsfo-

kussierten Therapie und Koryphäe der Wirksamkeits- und Prozessforschung, rückblickend konstatiert:

Retiring from my efforts to build a research program, I feel more inclined to say what I most honestly believe. I think that the current approach to the scientific study of psychotherapy is fundamentally flawed. ... It should not be bound by the straitjacket of positivist and experimental methods of natural science ... Experimental design and the logic of hypothesis testing in my view are inadequate for dealing with issues of how to study human concerns, mainly because of the complexity of human change and agency. I find the application of experimental methods of natural science, based as they are on linear determinism, highly misplaced in studying non-linear dynamic self-organizing systems in interaction. ... A human science approach with its own methods suited to its phenomena will always be necessary to study how people change in psychotherapy. In my view this will need to include a study of what people actually do in treatment – both their performance and their experience. (Greenberg, L. S., 2015, S. 24-25)

Piper (2015, S. 186) bemerkt dazu, dass die Stärken von RCT-Forschung nicht ignoriert werden dürfen, aber dass die recht harsche Kritik daran wohl auch als Reaktion auf die Überbewertung dieser Studiendesigns in der Psychotherapiewissenschaft zurückzuführen ist.

Demnach besteht ein Bedarf an Forschung mit echtem Praxisbezug, also der Beobachtung des konkreten Geschehens in einer therapeutischen Sitzung, aus der wiederum allgemeine Hinweise und Erkenntnisse gewonnen werden können (*bottom-up approach*). Erfasst werden sollen keine künstlich erschaffenen Situationen (wie in Experimenten und klinischen, durchstrukturierte Studien), sondern solche, die so auch im therapeutischen Alltag vorkommen können. Ein wichtiges Argument für die Beobachtung des therapeutischen Prozesses ist, dass sich eine therapeutische Veränderung (*therapeutic change*) innerhalb der Stunde manifestiert, der Stundenverlauf also nachvollzogen werden muss:

Named treatments ... vary not just from study to study ..., but from therapist to therapist, from client to client, from session to session, and from minute to minute. The individualization is clinically appropriate, but disastrous for the logic of experiment. (Stiles, 2015, S. 154)

Ein Forschungsansatz, der gewinnbringend Forschung und Praxis verbindet und vereint, ist folglich einer, der die Interaktion zwischen den am therapeutischen Gespräch Beteiligten, ihre eben nicht-lineare Dynamik, die Veränderungen im Geschehen, nicht nur von Sitzung zu Sitzung, sondern auch innerhalb einer Stunde, analysiert. Der Blick in das aktuelle Gespräch,

so wie es in der klinischen Realität stattfindet, schützt ausserdem vor der Theorielastigkeit und einem möglichen Theoriebias. Eine als integrativ verstandene empirische Untersuchung wie diese Arbeit zeigt sich folglich im Gewand der Einzelfallstudie. Sie öffnet den Blick in die therapeutische Sitzung, stellt Video- und Tonaufnahmen sowie transkribierte Stundeninhalte zur Verfügung, um der Dynamik, dem Wechsel und den Veränderungen in der Interaktion, auch flüchtigen Momenten habhaft zu werden. Das Datenmaterial ist daher ein bewusst 'alltägliches' psychoanalytische Erstgespräch: Derartige werden in dieser Form täglich in ambulanten Praxen geführt.

2.2.3.2 Eine zugängliche Sprache und Darstellungsform finden

Für praktisch Tätige bildet die technische Wissenschaftssprache mit ihrem Schwerpunkt auf methodologischen (will heissen, vor allem statistischen) Fragen oftmals eine unüberwindliche Barriere. Für Laien ist sie unlesbar geworden: «This gulf is due, in part, to the fact that most of the research reports in the literature tend to be written for other researchers, and address issues that are more nomothetic nature» (Goldfried, 2015, S. 171). In dieser Arbeit wird deshalb Wert auf eine verständliche, zugängliche Sprache gelegt. Ein gewisses verfahrensspezifisches Vokabular ist indes nicht gänzlich zu vermeiden, denn nicht alles lässt sich in eine Alltagssprache übersetzen. Wo immer möglich, werden Begrifflichkeiten gewählt, die nicht dem Fachterminus einer bestimmten Therapierichtung unterworfen sind.

Eine Brücke zwischen Forschung und Praxis zu bauen bedeutet auch, bei der Aufbereitung und Präsentation der Ergebnisse auf Leserfreundlichkeit zu achten. Deswegen werden die Analysen der Erstgespräche wann immer möglich in ihrem sequenziellen Verlauf dargestellt, sodass sich das Geschehen der Leserin und dem Leser, genauso wie den an den untersuchten Erstgesprächen Beteiligten selbst, sukzessive entfaltet. Der Gesprächscharakter bleibt somit erhalten. Diese Art der Darstellung geht auf Kosten der methodischen Strenge, die bei einer trennscharfen Ergebnisdarstellung besser gewahrt bliebe, die aber auch zu noch mehr Redundanzen als den ohnehin nicht zu verhindernden führen würden.

Leserfreundlichkeit bedeutet auch die bewusste Entscheidung, auf schwer zugängliche Transkriptionen des Gesprochenen oder mimischer Ausdrücke zu verzichten. Es ist nicht zumutbar, sich neben der unvermeidbaren Aneignung notwendiger Fachbegriffe aus der Psychoanalyse, Konversationsanalyse, der mimischen Analyse sowie der Transkriptionsregeln des

Mergenthalerschen Systems (Mergenthaler, 1992) auch noch in das *Gesprächsanalytische Transkriptionssystem* GAT 2 (Selting et al., 2009) einzuarbeiten. Ebenfalls ist es für darin Ungeübte unmöglich, die Codierungen des *Facial Action Coding Systems* FACS (Ekman & Friesen, 1978) sinnhaft zu erschliessen. Sie sind deswegen im Appendix D aufgeführt. Im Fliesstext sind dagegen die Interpretationen (Emotionen oder Embleme) beschrieben.

2.2.3.3 Methodenwahl mit Praxisbezug

Mit der Analyse unterschiedlicher Kommunikationskanäle (Wort, Bild, Interaktion) orientiert sich die Studie methodisch stark am Vorgehen einer Therapeutin oder eines Therapeuten im Erstgespräch. So ist die Nachvollziehbarkeit des Forschungsansatzes auch für praktisch Tätige einfacher. Im Detail wird dies in Kapitel 11 beschrieben. Durch dieses multimethodale Vorgehen kann aber aufgrund der aufwendigen Analysen keine extreme Differenzierung innerhalb der einzelnen Methoden erfolgen. So kann es sein, dass die Inhaltsanalyse nicht die von Mayring gewünschte Systematik und Ausarbeitung erreicht und die Konversationsanalyse im Sinne eines Kompromisses auf die Beachtung prosodischer Feinheiten in der (paraverbalen) Kommunikation verzichtet, da bereits mimische Mikroprozesse im Detail untersucht werden.

Andererseits, und dies ist ein zentraler Punkt des gewählten Vorgehens, werden in der vorliegenden Dissertation die theoretische Abhandlung und der empirische Teil gleich stark gewichtet. Das Anliegenkonzept lässt sich nur adäquat erarbeiten, wenn Theorie und Empirie gleichberechtigt 'zu Wort kommen' und sich somit gegenseitig befruchten können – insbesondere im Rahmen einer Monographie, wie im nächsten Kapitel ausgeführt wird.

3 Chancen und Möglichkeiten einer Monographie

Every thing must have a beginning ... and that beginning must be linked to something that went before. ... Invention, it must be humbly admitted, does not consist in creating out of void, but out of chaos; the materials must, in the first place, be afforded ... Invention consists in the capacity of seizing on the capabilities of a subject: and in the power of moulding and fashioning ideas suggested to it. Mary Shelley, Frankenstein

Die im deutschsprachigen Raum noch übliche Monographie wird zunehmend von der kumulativen Dissertation abgelöst, bei der Doktorierende eine Anzahl von Veröffentlichungen in Fachzeitschriften einzureichen haben. Die Vorteile einer kumulativen Dissertation sind u.a. folgende: So wird zum Beispiel eine gewisse Unabhängigkeit in der Beurteilung der Güte einer Forschungsarbeit gewährleistet, wenn diese nicht nur die Promotionskommission, sondern auch Peer-Review-Verfahren durchläuft. Ebenfalls hilft eine kumulative Dissertation, den eigenen Forschungs-Output zu optimieren, was einer späteren wissenschaftlichen Karriere zuträglich ist. Rein rechnerisch erhöht das Verfahren die Anzahl der Veröffentlichungen eines Universitätsinstituts, was dessen Mittelzuweisungen wiederum positiv beeinflusst. Ebenfalls wirkt sich die Anzahl der Peer Review-Artikel bei den vornehmlich auf quantitativen Indikatoren fussenden formalen Evaluationen zur Abschätzung der Entwicklungsperspektiven einer Forschungseinheit (z. B. eines universitären Lehrstuhls) positiv aus (Reichert, 2013, S. 33f.).

Doch auch in der mittlerweile stark am angelsächsischen Modell orientierten psychologischen Wissenschaft bringt die vordergründig als veraltet betrachtete Monographie Vorteile, sicherlich inhaltlicher Art. Nicht umsonst bezeichnet die Monographie eine «selbständige wissenschaftliche Veröffentlichung, die einen bestimmten Gegenstand möglichst vollständig behandelt» (Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache, 2016). Anders als die kumulative Dissertation erlaubt die Monographie also noch, sich nicht nur empirisch, sondern auch auf theoretischer Ebene mit einem spezifischen Thema umfassend auseinander zu setzen. Sie ermöglicht aufzuzeigen, auf welches bereits vorhandene Wissen die Dissertation aufbaut.

Die wissenschaftliche Psychotherapie verfügt über ein schwaches Erinnerungsvermögen. Neue Theorien werden bejubelt, das Alte gering geschätzt, betont Goldfried (2000). Dieses vorherrschende Diktum, nur aktuelle Forschungsbefunde zu beachten und zu feiern («the va-

lue attached to contributions that are new»; ebd., S. 2), sei schädlich für ein integratives Verständnis von Psychotherapie:

To be sure, the focus on what's new is intrinsic to scientific progress in any field; indeed, it is the research frontier. Assuming that the field has an agreed-upon core of knowledge, it is the cutting edge that clearly should receive the most attention. When done in the absence of a core, however, we cannot expect the field to progress in any coherent way. (ebd, S. 11)

Man fühlt sich an das Gleichnis der blinden Männer und dem Elefanten erinnert; jeder der Männer untersucht einen Körperteil des Tiers, und jede ihrer Erfahrungen führt zu völlig unterschiedlichen Schlussfolgerungen darüber, was einen Elefanten ausmacht. Um die Psychotherapie und ihre Wirkungsweise im Grundsatz zu verstehen, benötigt es einer umfassenden Auseinandersetzung – auch mit theoretischen Schriften, die älter als zwanzig Jahre sind. Doch wer sich auf frühe Quellen bezieht, wird rasch der Ewiggestrigkeit bezichtigt. Auf diese Weise werden in wissenschaftsaffinen Kreisen ganze Therapieschulen diskreditiert. So scheint es nur logisch, dass sich viele wichtige Beiträge aus über hundert Jahren Psychotherapie in neuem Kleid, also unter anderen – angesagten – Begriffen wiederfinden und die Verweise auf die alten Quellen tunlichst vermieden werden. In der Psychologie (und damit auch Psychotherapieforschung), die sich zwischen den Sozial- und Naturwissenschaften bewegt, ist die Auseinandersetzung mit 'Theorie', die sich ja oftmals aus 'altem Wissen' speist, somit zu einem merkwürdigen Hybrid verkümmert. Der Theorieteil gleicht in vielen wissenschaftlichen Arbeiten mehr einer Fleissarbeit, einem Wiederkäuen des Immergleichen. Dies soll im Rahmen dieser Doktorarbeit anders gehandhabt werden. In einer Disziplin wie der Psychoanalyse mit ihren humanistischen Wurzeln hat die Auseinandersetzung mit Theorie ihre Berechtigung und zeugt von der Wertschätzung ihrer Begründer.

Indem in der Monographie der Arbeitsprozess nachvollziehbar gemacht wird, wird auch dem Prozesscharakter des Doktorierens Raum gegeben. Das schwierige Unterfangen des Forschens, das Ringen darum, dem Chaos, der Informationsfülle, die verarbeitet werden muss, eine Gestalt zu entlocken, wird für die Leserin und den Leser sichtbarer. Auch das darf sein. Auch deswegen wurde für die vorliegende Doktorarbeit die Form der Monographie gewählt. In ihr spiegelt sich die lebendige Auseinandersetzung mit alter wie neuer Theorie wider und die Auseinandersetzung damit, wie die eigenständig erarbeiteten empirischen Erkenntnisse wiederum Eingang in die bestehende Theorie finden können.

4 Vorgehensweise und Struktur der Arbeit

Diese Dissertation steht auf zwei Säulen: Anders als bei einer klassischen empirischen Thesis, in der die Theorie vornehmlich der Heranführung an das zu erforschende Thema dient, stellt in der vorliegenden Arbeit die theoretische Erarbeitung eines erweiterten Anliegenkonzepts an sich einen gleichberechtigten ersten Teil der geleisteten wissenschaftlichen Arbeit dar. Damit sei die Ausführlichkeit des theoretischen Teils erklärt. Die empirische Studie wiederum ist der zweiten Aufgabe gewidmet, nämlich den Prozess der Aushandlung des Anliegens anhand des Datenmaterials explorativ nachzuzeichnen und daraus ein Set an Empfehlungen für die praktische klinische Arbeit zu erstellen. Da die Entwicklung des Anliegens sich erst in einer frühen Phase der Entwicklung befindet, kann dabei von einer eigentlichen empirischen 'Testung' noch nicht die Rede sein. Die empirischen Analysen der Erstgespräche sind explorativ und deswegen noch nicht zielgerichtet beziehungsweise zeiteffizient ausgerichtet. Sie dienen einer ersten Erkenntnissuche, der Beantwortung methodischer Fragen (auch in Abgleichung mit der Pilotstudie von Mathys et al., (2013) und der Modifikation des theoretischen Modells. Theorie und Empirie sind im Verhältnis also gleich zu gewichten. Dem wurde auch Ausdruck gegeben, indem zu Beginn der Einleitung zwei Problemstellungen und zwei Zielsetzungen formuliert wurden.

Der Theorieteil startet mit der Übersicht über die derzeitige Behandlungssituation in der Psychiatrie und Psychotherapie und der Beschreibung der individuellen Hürden, die Betroffene von der Inanspruchnahme geeigneter Hilfe abhalten (Kapitel 5). In Kapitel 6 wird die psychoanalytische Behandlungstheorie zum Erstgespräch ausführlich behandelt. Kapitel 7 gibt einen Überblick über das extensive Feld der Psychotherapie-Beziehungs-Forschung. In Kapitel 8 liegt der Schwerpunkt schliesslich in der theoretischen Erarbeitung des Anliegens unter Hinzunahme der Vorarbeiten anderer Autoren. Dieser Teil enthält nicht bloss eine Zusammenstellung der Literatur zum Thema, sondern umfasst auch bereits erste eigene Gedanken zur Weiterentwicklung des Anliegenkonzepts. Ihre Modifikation und Verfeinerung wiederum erfolgt aus einsichtigen Gründen nach der empirischen Arbeit im Diskussionsteil.

Der empirische Teil beginnt mit einer kurzen Beschreibung des qualitativen Forschungsansatzes und der Erläuterung der qualitativen Gütekriterien (Kap. 9). Die Formulierung der untersuchungsleitenden Fragestellungen in Kapitel 10 leitet über zur Erläuterung der Dimensionen des Anliegens und der zu ihrer Erfassung gewählten Methoden (Kap. 11). Die konkreten

Auswertungsschritte und ihre Darstellung im Fliesstext werden in Kapitel 12 behandelt, in Kapitel 13 folgt die Beschreibung des Datenmaterials und ihre Aufbereitung. Kapitel 14 und 15 sind der eigentlichen empirischen Studie, der Analyse zweier Erstgespräche ('Alexandra' und 'Christoph'¹), gewidmet.

Danach erfolgt die Diskussion der Untersuchungsergebnisse anhand der formulierten Fragestellungen: In Kapitel 16 wird das methodische Vorgehen reflektiert und in Kapitel 17 das Konzept des Anliegens noch einmal kontrovers diskutiert und erweitert. Kapitel 18 und 19 enthalten die für diese Arbeit so wichtigen praktischen Empfehlungen, wie von Therapeuten-
seite zu einem gelingenden Erstgespräch beigetragen werden kann und wie therapeutische Interventionen im Detail aufgebaut sind. Die Arbeit endet mit einem Ausblick, in dem mögliche Implikationen für zukünftige Forschung diskutiert werden (Kapitel 20), und der abschliessenden Schlussbetrachtung (Kapitel 22).

¹ Namen geändert

Theoretische Abhandlung

zum Konzept des Anliegens

Dieser erste Teil der vorliegenden Dissertation ist der theoretischen Abhandlung des Konzepts des Anliegens gewidmet. Der Überblick über die Struktur des Theorieteils ist der vorhergehenden Seite zu entnehmen.

5 Der hürdenreiche Weg in die Therapie

Sunil [Patient]: When I was growing up in Calcutta, there was a man in my neighborhood called Bankim. When he was a boy, his mother died giving birth to his younger brother. So he was raised by his father and his mother's sister. His father got killed in an automobile accident. So he was left with his aunt. He never left the neighborhood, could not attend university. And when his aunt grew suddenly ill, they were left with nothing. Years later, as a mature man, he could be found on my street, polishing doorknobs with his mother's sari and his own leavings.

Paul [Therapist]: Leavings?

Sunil: Feces.

Paul: Feces.

Sunil: He was a great embarrassment to the neighborhood for many years. People used to call him 'Bankim Pagol'.

Paul: What does that mean?

Sunil: 'Gone', 'crazy' in Bengali. He wound up taking his own life at Pavlov Mental Hospital. He hanged himself with the same sari he used to polish all the doorknobs. Where I'm from, this is the type of person who needs psychological treatment.

In Treatment (Season 3): Week 1: Sunil (Garcia, 2010)

Dieses Kapitel beschreibt den hürdenreichen Weg in die Therapie. Im ersten Teil werden die epidemiologischen Befunde zu psychischen Störungen und ihrer Behandlung beschrieben. Als zweites wird ausgeführt, welche Hemmnisse Menschen davon abhalten, sich psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe zu holen, und in einem dritten Teil schliesslich, welche Implikationen dies für die Behandelnden im Erstgespräch bereit hält.

5.1 Epidemiologische Befunde zu psychischen Störungen und ihrer Behandlung

5.1.1 Hohen Prävalenzen stehen niedrige Versorgungsraten gegenüber

Epidemiologische Erhebungen der WHO finden weltumspannend konsistent hohe Jahresprävalenzen psychischer Störungen (Kessler & Üstün, 2008). In den Industriestaaten hat etwa jede vierte bis fünfte Person jährlich mit einer oder mehreren psychischen Störungen zu kämpfen (Jacobi et al., 2014; Kessler et al., 2009; Slade et al., 2009; Wittchen & Jacobi, 2005). In den Entwicklungsländern fallen die Zahlen leicht tiefer aus (Kessler & Üstün, 2008; Wang, Aguilar-Gaxiola, et al., 2007). Unterschiede in der Häufigkeit lassen sich zum einen durch gewisse methodologische Schwächen wie die tiefe Rücklaufquote in Entwicklungsländern erklären, zum anderen muss prinzipiell davon ausgegangen werden, dass die diagnostische Einschätzung gerade im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich bis auf ganz eindeutige Fälle wahrscheinlich eine hohe untersucherabhängige Varianz hervorbringt. Als weiterer wesentlicher Faktor wird vermerkt, dass die in Erhebungen zum Einsatz gelangenden klinischen Diagnostiktools von westlichen Störungskonzepten, -phrasen und -begriffen geprägt sind, die weniger gut mit kulturellen Konzepten nicht-westlicher Länder übereinstimmen (Kessler et al., 2009; Robins et al., 1988). Ebenfalls besteht die Möglichkeit, dass Menschen, die freie Meinungsäußerung und anonyme Umfragen weniger gewohnt sind, auch aus (begründeter) Angst vor Stigmatisierung grössere Zurückhaltung beim Eingeständnis emotionaler Probleme oder zum Beispiel von Suchtverhalten üben (The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004).

Allen aktuellen Studien ist zu entnehmen, dass die Mehrheit der Menschen mit psychischen Störungen trotz steigender Behandlungsraten nach wie vor häufig nicht oder fehlversorgt ist. Nur maximal jede dritte betroffene Person lässt sich behandeln (Burgess et al., 2009; Codony et al., 2009; Slade et al., 2009; Wittchen & Jacobi, 2005), Männer typischerweise nur halb so oft wie Frauen (Andrews et al., 2001; Burgess et al., 2009; Slade et al., 2009). In diese Behandlungszahlen mit eingeschlossen sind Beratungen durch Hausärzte (Mack et al., 2014). Nur jede neunte Person gelangt an eine/n Spezialist/innen der Psychiatrie oder Psychotherapie (Andrews et al., 2001). Bei Kindern und Jugendlichen (Burgess et al., 2009; Hintzpeter et al., 2015; Slade et al., 2009; Zwaanswijk et al., 2003) und den ganz Alten (75-85 Jahre) ist die Betreuungssituation sogar noch schlechter (Burgess et al., 2009; Slade et al., 2009).

Wie alle Studien haben auch die hier zitierten ihre methodischen Begrenzungen und Mängel. Aufgrund der verstörenden Klarheit der Befunde rücken diese Mängel jedoch in den Hintergrund: Menschen mit psychischen Störungen sind weltweit so massiv unterversorgt, dass die Schwankungen in der Varianz um einige Prozentpunkte unwichtig werden. Zwei Drittel aller Betroffenen, auch in westlichen Ländern, erhalten nicht die notwendige Behandlung. Zum Vergleich: In der Studienpopulation der *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD) wurden ebenfalls die Versorgungsraten der häufigsten chronischen Erkrankungen erhoben, so auch jene zu Diabetes: Nur 8% der von Diabetes Betroffenen waren hierfür nicht in ärztlicher Behandlung (Alonso et al., 2007).

Je nach Störungsbild unterscheidet sich die Inanspruchnahme professioneller Hilfe noch einmal deutlich. So liegt die Quote für das Störungsbild der Schizophrenie mit ihren massiven Beeinträchtigungen sehr hoch, nämlich bei 90%, und ist vor allem durch externe Faktoren wie die Zwangseinweisung in die Psychiatrie begründbar (Jablenski et al., 2000). Bei Alkoholsucht und Persönlichkeitsstörungen ist die Versorgungsrate hingegen sehr tief (Andrews et al., 2001). Grundsätzlich ist die Behandlungssituation bei Menschen mit Suchterkrankungen am schlechtesten (Burgess et al., 2009; Slade et al., 2009). Wenn sie schliesslich den Weg in die Behandlung finden, dann tendenziell in die stationäre psychiatrische (Fasel et al., 2010). Affektive, gefolgt von Angststörungen sind, analog zu ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit, am häufigsten in Behandlung (Burgess et al., 2009; Slade et al., 2009). Abgesehen von den psychotischen Störungen, die mit ihren geringen Prävalenzen nur einen kleinen Teil der Behandlungen ausmachen, entfallen 80% aller therapeutischen Konsultationen auf diese beiden Störungskategorien (Andrews et al., 2001).

5.1.2 Hohe Kosten für die Allgemeinheit und grosses Leid für die Betroffenen

Sorge bereitet ausserdem, gemessen an den vielfältigen, wirkungsvollen Möglichkeiten der Behandlung, dass selbst diejenigen, die Hilfe aufsuchen, dies meistens zu spät tun. Gerade bei Angst- und affektiven Störungen, den häufigsten psychischen Störungen, verstreichen gemäss einer deutschen epidemiologischen Studie sechs respektive sieben Jahre bis zu einem therapeutischen Erstkontakt (Mack et al., 2014). Wang, Angermeyer et al. (2007) führen für Europa – in anderen Weltregionen ist die Lage weitaus prekärer – Medianwerte von 10 - 17 Jahren bis zu einem therapeutischen Erstkontakt für Angststörungen, 1 - 3 Jahren für depressive Störungen und 6 - 18 Jahren für Suchterkrankungen an. Dies sind lange Zeiträume, in

denen die Störungen chronifizieren, sich die Risiken sozialer Isolation und (psychischer und somatischer) Komorbidität erhöhen und die gesundheitlichen Probleme schliesslich erheblich schwieriger zu behandeln sind (Fasel et al., 2010).

Unbestritten ist mittlerweile die Erkenntnis, dass aufgrund unbehandelter psychischer Störungen, zusätzlich zum persönlichen Leid der Betroffenen und ihrer Umgebung, der verminderten Lebensqualität und -dauer sowie dem Ausmass an Behinderung, der Allgemeinheit vor allem indirekt (Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, Krankheitstage, hohe Arztkosten, Früh- und Invalidenberentung usw.) sehr hohe – und vermeidbare – finanzielle Kosten entstehen. Psychische Störungen, allen voran das Störungsbild der Depression, vereinen zusammen mit den Suchterkrankungen weltweit den grössten Anteil an YLDs (*Years Lived with Disability*) auf sich (Whiteford et al., 2013) und gehören damit zu den massivsten Kostentreibern für die Sozialsysteme.

Gerade die affektiven und Angststörungen führen zusätzlich zu einer erhöhten Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Angebote (Schmitz & Kruse, 2002), sogar wenn man die Schwere der organischen Erkrankung, für welche die Betroffenen in Behandlung sind, statistisch kontrolliert (Hansen et al., 2002; Koenig & Kuchibhatla, 1998; Pearson et al., 1999; Savageau et al., 2006). Auch erhalten diese Menschen oftmals nicht eine ihren Bedürfnissen entsprechende Behandlung. So leidet ein hoher Anteil an *High Utilizern* (Personen, die inadäquat häufig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen) an einer unerkannten oder nicht richtig behandelten Depression (Levinson & Druss, 2005). Diese Personen neigen – mit Blick auf die der Depression eigenen Symptomatik einfach nachvollziehbar – verstärkt dazu zu meinen, dass ihre gesundheitlichen Probleme chronischer Natur und schwer zu behandeln seien. Die hohe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen lässt sich damit schlüssig erklären. Es gibt also wesentliche Gründe, weshalb auch hierzulande die Erkennung, Prävention und effektive Behandlung der psychischen Störungen stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken sollten.

Vermehrt gewinnt in diesem Zusammenhang die Forschung zum Ersterkrankungsalter (*Age Of Onset*, AOO) an Bedeutung mit dem Bestreben, auf Basis dieser Informationen gezielt präventive Massnahmen, Früherkennung und Behandlungen implementieren zu können. Das Ersterkrankungsalter für die meisten psychischen Störungen fällt in die Zeit der Kindheit, Pubertät und Adoleszenz (Kessler et al., 2005). Angststörungen (vor allem spezifische Pho-

bien und Trennungsängste) sind ein Thema der Kindheit und Pubertät, während sich affektive Störungen, Suchterkrankungen sowie psychotische Störungen in grosser Zahl während der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters erstmalig manifestieren. Die bereits so früh auftretenden psychischen Störungen persistieren in der Regel bis weit ins Erwachsenenalter (de Girolamo et al., 2012) und wo Störungen über längere Zeit unbehandelt bleiben, steigen auch die Suizidraten (Altamura et al., 2001; Altamura et al., 2003; Altamura, Dell’Osso et al., 2010; Dell’Osso et al., 2008; Goldberg & Ernst, 2002; Melle et al., 2006; alle zit. Altamura, Buoli et al., 2010). Umso problematischer wiegt der Umstand, dass gerade bei jungen Menschen die schlechteste Versorgungsrate besteht, denn ein frühzeitiges Eingreifen könnte die Stärke und Dauer der Störung reduzieren und vor Folgebeeinträchtigungen schützen. Je grösser die Behandlungsverzögerung, desto schlechter sind die Erfolgsaussichten in Bezug auf die langfristige klinische Genesung und generelle Leistungsfähigkeit, was in der Zeit der Jugend und Adoleszenz (Schulabschluss, Ausbildung, Eintritt ins Berufsleben) besonders problematische Konsequenzen nach sich zieht (Lambert et al., 2013).

5.2 Individuelle Hürden auf dem Weg in die Therapie

Gemessen an dem grossen Bedarf an psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen erscheint die Zahl der effektiv Behandelten fast tragisch klein. Was sind nun die Einflussfaktoren für diese eklatante Unter- oder Fehlversorgung von Menschen mit psychischen Problemen? Sie sind unterschiedlicher Natur und sind sowohl in strukturellen Faktoren (Kosten, Zugang oder räumliche Distanz), also auf Ebene der Anbieter (Behandler) und Kostenträger, als auch auf individueller Ebene zu suchen. Einen detaillierten Überblick geben die Literaturübersicht im Obsan Dossier 13 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Fasel et al., 2010) sowie die Experteninterviews einer explorativen Studie, die im Auftrag des BAG durchgeführt wurde (Sottas et al., 2014). Im Rahmen dieser Arbeit interessieren vor allem die individuellen Hürden aufseiten der Betroffenen, die den Gang zum Therapeuten beziehungsweise auch den Einstieg in die eigentliche Therapie erschweren, selbst wenn die Angebote vorhanden wären.

5.2.1 Wissensdefizite: Die (fehlende) Erkenntnis, dass Psychotherapie hilfreich sein könnte

Elliott et al. (2015) unterteilen den Weg in die Psychotherapie in drei Etappen, die spezifische Stolpersteine in sich bergen: 1) die Erkenntnis, dass Therapie hilfreich sein könnte, 2)

die Suche nach einem geeigneten Therapeuten bzw. einer geeigneten Therapeutin, 3) die tatsächliche Kontaktaufnahme. Der erste Punkt soll hier einer näheren Betrachtung unterzogen werden, denn er benötigt die meiste Zeit und hängt nicht unwesentlich mit dem in der Allgemeinbevölkerung mangelhaften Wissen über psychische Störungen und ihre Behandlung zusammen. Der Zugang zur Therapie scheitert oftmals bereits daran, dass die subjektiv empfundene Bedürftigkeit (*perceived need*) massiv unter der objektiven Notwendigkeit liegt (Codony et al., 2009). Die Erkenntnis, dass eine Psychotherapie bei der Bewältigung des seelischen Leidens hilfreich sein könnte – mag dies durch die Wissenschaft längst als erwiesen gelten – kann offenbar nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Hierzu sei gesagt, dass oftmals auch die Vorstellung besteht, Psychotherapie bestehe einzig aus der Aufarbeitung schmerzhafter Erfahrungen und Erinnerungen (Komiya et al., 2000). Die Aussicht, diese wieder und wieder erleben zu müssen, die Therapie also als einzigen (nutzlosen) Leidensprozess zu erfahren, hält nicht wenige davon ab, sich professionelle Hilfe zu suchen.

5.2.2 'Probleme im Leben' sind doch keine Krankheit!

Während noch relativ geläufig ist, bei welchen körperlichen Beschwerden welche somatisch-medizinische Angebote aufzusuchen sind, werden psychische Störungen oftmals nicht als solche erkannt (Coles & Coleman, 2010; Thompson, A. et al., 2004). Die Vorstellung, was eine psychische Störung (z. B. eine ‚Depression‘) ist, divergiert zwischen Fachexperten und Laien (Pill et al., 2001). Darum werden Verhaltensveränderungen bei jungen Menschen fatalerweise häufig als Einstellungssache (*moral explanation*) abgetan (Thornicroft, 2006b; zit. nach Thornicroft, 2012). Hier wäre die Behebung von Wissensdefiziten mittels einfach zugänglicher Informationen und einer raschen und akkuraten Diagnose durch medizinische Allgemeinpraktiker/innen gefragt. Im Gegensatz zu heftigen psychischen Störungen wie z. B. einer schizophreniformen Störung hält mutmasslich nicht die Angst vor Stigmatisierung die Leute vor einer Inanspruchnahme geeigneter Angebote zurück. Vielmehr fehlt es in Fällen leichter oder mittelgradiger depressiver Episode schlichtwegs an Bewusstsein dafür, die eigene Symptomatik nicht ausschliesslich als 'Probleme im Leben' zu begreifen, sondern auch als 'Krankheit' oder 'Störung' einzuordnen: «More significant is the way in which lay people construct and recognise (psychiatric) illness, rather than how they consciously mask the signs and symptoms» (Prior et al., 2003, S. 2198–2199). Psychische Symptome einer depressiven Episode (mangelndes Selbstvertrauen, Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen u.a.) zum Beispiel werden als Lebensprobleme (*problems in living*) betrach-

tet, die man mit sich im Privaten zu lösen habe. Ebenfalls findet sich die Meinung, dass eine richtige 'Krankheit' erst dann vorliegen würde, wenn körperliche Symptome hinzukommen; Probleme der Stimmung oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen werden dann nicht als adäquater Grund für einen Arztbesuch erachtet (Prior et al., 2003, S. 2196).

Einen lehrreichen Einblick in die Einschätzung psychischer Beeinträchtigungen durch Betroffene selbst (und nicht durch Fachexperten) bieten die qualitativen Interviews von Tola et al. (2015). Psychische Gesundheitsprobleme wie Erschöpfung oder Ängste werden als logische Folge 'realer' Probleme (z. B. unerwartete Trennung, körperliche Gewalt, ungewollte Schwangerschaft) betrachtet, nicht aber als eine als ursächlich zu behebende Problematik wahrgenommen. Die psychische Störung ist demnach eine Art Symptom der Lebensprobleme: «Das Problem ist ja aussen und nicht in meinem Körper drin», beschreibt dies ein Studienteilnehmer (S. 112: TN9 220). Gewählte Strategien fokussieren denn auch vornehmlich auf die Bewältigung besagter realer Probleme und führen zu einer beachtlichen Vielfalt an Kontakten zu informellen und formellen Fachpersonen wie Spitälern, Polizei, Seelsorge, Jugendamt, Erziehungsberatung. Allerdings wird sowohl vonseiten der Betroffenen, als auch vonseiten der Fachpersonen die Thematisierung der psychischen Befindlichkeit vermieden. Es lässt sich also folgern, dass die eingeschränkte Kompetenz, die gesundheitliche Situation richtig einzuschätzen, in der Allgemeinbevölkerung eine Hauptbarriere für das gezielte und frühzeitige Hilfeaufsuchen darstellt.

5.2.3 Das den psychischen Störungen inhärente Stigma

Meistens wird in der Diskussion um individuelle Hürden bei Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfe auf das Stigma psychischer Erkrankungen verwiesen, das den Weg zu rascher Hilfe versperre. *Stigma* wird in der Forschung als eine Verschmelzung dreier miteinander verbundener Probleme definiert: a) fehlender oder falscher Informationen (Ignoranz), b) negativer Einstellungen (Vorurteilen) und c) Vermeidungs- bis hin zu Ausschlussverhalten (Diskriminierung) der von psychischen Störungen Betroffenen (Corrigan, 2005; Sartorius & Schulze, 2005; Thornicroft, 2006a, 2006b; Thornicroft et al., 2007; alle zit. nach Thornicroft, 2008). Scham (der eigenen Person und der Familie gegenüber) und Verurteilung/Schuldzuweisungen (von anderen kommend) gelten ausserdem als Kernerfahrungen (core experiences) des Stigmas (ebd.). Der Begriff *Selbststigmatisierung* wiederum

umschreibt einen Zustand, in dem sich seelisch leidende Personen für ihr Befindlichkeit schämen und minderwertig fühlen sowie sich ablehnend gegenüber Menschen verhalten, die sich in psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung begeben (Schomerus, 2009). Von allen untersuchten Gründen, die dazu führen, dass geeignete Hilfe nicht in Anspruch genommen wird, ist die Angst, dass eine psychische Problematik öffentlich werden könnte (*disclosure and confidentiality concerns*), also dass die Diskretion bzw. Schweigepflicht nicht gewahrt werden könnte, der wichtigste.

Niederschwelligere Behandlungsformen wie nicht-klinische, auf Gesprächen basierenden Behandlungen (z. B. gemeindenähe Angebote, Seelsorge), die Betreuung durch soziale Dienste sowie allgemeinärztliche Konsultationen wirken weniger stigmatisierend. Indes herrscht die Meinung vor, dass Allgemeinpraktiker/innen eher weniger Interesse an emotionalen Problemen haben beziehungsweise zur Behandlung nur Medikamente (z. B. Antidepressiva) offerieren, nicht aber auf die dem emotionalen Distress zugrunde liegenden, eigentlichen Ursachen (*real causes*) eingehen würden (Pill et al., 2001).

Es leuchtet unmittelbar ein, dass man in Erwartung von Benachteiligung und Diskriminierung als zukünftige/r Patient/in zögert, bevor man sich auf den Weg zur Psychiaterin oder zum Psychotherapeuten macht. Ein systematischer Review quantitativer und qualitativer Studien (Clement et al., 2015) hierzu hält allerdings fest, dass die Angst vor Stigmatisierung in Bezug auf die Inanspruchnahme therapeutischer Dienste bloss eine kleine bis mittlere negative Effektstärke ($d = -0.27$) aufweist und damit bei weitem nicht so bedeutend ist, wie gemeinhin angenommen.

5.2.4 Der Gang zum Therapeuten als Eingeständnis der Schwäche

Die Einstellung, dass man mit seinen Problemen selbst zurechtkommen muss, wirkt ebenfalls als Barriere für das Suchen von Hilfe (Rickwood et al., 2007). Vor allem bei Männern dominiert noch immer und unabhängig vom ethnischen bzw. kulturellen Hintergrund oder der sexuellen Orientierung ein Bild von Männlichkeit, das nicht mit der Inanspruchnahme von Hilfe vereinbar scheint (Vogel et al., 2011). Bei seelischem Leid externe Hilfe aufzusuchen, wäre ein Eingeständnis der eigenen Schwäche und des Unvermögens, Probleme selber zu lösen. Dabei wirken vor allem drei Faktoren als Mediatoren im Geschlechterrollenkonflikt (*gender role conflict*): a) eine verstärkte Selbststigmatisierung (Scham, Minderwertigkeitsgefühle),

die das Angewiesensein auf therapeutische Hilfe als selbstwertschädigend bewertet, b) die Tendenz, belastende Dinge (*distressing information*) für sich zu behalten, anstatt sie offen zu legen (*self-disclosure*) – womöglich spielt hier auch die Angst, schmerzhaft Gefühle thematisieren zu müssen (*fear of emotion*) mit hinein (Vogel et al., 2007) – und c) negative Erwartungen (*attitudes*) an Nutzen und Risiko des therapeutischen Angebots, nämlich missverstanden, verurteilt oder sogar ignoriert zu werden (Pederson & Vogel, 2007; Vogel et al., 2007). Erst wenn die psychischen Symptome ein unerträgliches Ausmass angenommen haben und den Alltag dominieren, werden spezialisierte Dienste der psychischen Gesundheit als adäquate Anlaufstelle erkannt. Oftmals ist es dann das Umfeld, das den Anstoss zur gelingenden Kontaktaufnahme gibt (Tola et al., 2015).

5.2.5 Zusammenfassung

Die wichtigsten individuellen Faktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten therapeutischer Angebote negativ beeinflussen, sind zusammengefasst das fehlende oder fehlerhafte Wissen zu psychischen Störungen und ihrer Behandlung, die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen sowie individuelle Einstellungen und Ursachenzuschreibungen. Sobald sich Betroffene zur Erkenntnis durchgerungen haben, dass eine Therapie helfen könnte, fällt jeder weitere Schritt leichter. Es scheint dann keinen Einfluss auf den Therapieerfolg zu haben, ob der Weg in die Therapie nun rasch und problemlos oder eben langwierig und harzig vonstatten ging (Elliott, K. P. et al., 2015). Wichtiger als der unproblematische Zugang zur Therapie ist gemäss den Autoren die Fähigkeit der Fachperson, im Erstgespräch mittels ihrer fachlichen und sozialen Kompetenz eine Atmosphäre der Sicherheit und des Vertrauens zu schaffen und möglichst rasch eine stabile therapeutische Arbeitsbeziehung aufzubauen. Diese Schlussfolgerung hebt die Bedeutung des Erstgesprächs nochmals heraus.

5.3 Was es im Erstgespräch zu beachten gilt

Diese zahlreichen, über Jahrzehnte stets konsistenten Befunde lassen einige Schlüsse zu, wie mit den Menschen umgegangen werden sollte, die uns in unseren psychotherapeutischen Praxen aufsuchen. Der Therapiebedarf ist hoch, potentielle soziale und individuelle Schäden bei fehlender Inanspruchnahme sind erheblich und gleichzeitig ist die Kontaktschwelle erhöht. Jeder Fachperson sollte bewusst sein, dass ihre Klientin oder ihr Klient bereits gewisse Vorstellungen von Psychotherapie ins Erstgespräch mitbringt. Der Gang zur Psychotherapie ist

kein einfacher, sondern beschwert durch Scham und Angst, überhöhte Erwartungen an die eigene Selbstwirksamkeit und das Selbstbild, getriggert durch Vorurteile, mangelndes Wissen oder gar Falschinformationen. Zuversicht in die positive Wirkung einer Therapie und Vertrauen in die Kompetenz der Fachperson können nicht vorausgesetzt, sondern müssen von dieser mithilfe ihrer sozialen und fachlichen Fähigkeiten aktiv hergestellt werden. Dabei ist wechselseitige Kreditierung bedeutsam (Boothe & Heigl-Evers, 1996; Grimmer, 2005): Ein beiderseitiges Gefühl von Anerkennung, Motivation und Vertrauen in die Fähigkeiten, gemeinsam gut und erfolgreich zusammenarbeiten zu können.

5.3.1 Vorurteile und Ängste abbauen

Unter Betrachtung der im vorhergehenden Kapitel beschriebenen Ängste und Vorurteile kann die aktive Nachfrage nach Sichtweise, Erfahrungen und Eindrücken, die mit der Wahrnehmung psychischer Störungen und dem ersten Therapiegespräch verbunden sind, erhellende Hinweise auf allfällige soziale Stigmata offenlegen. Das Nachfragen bietet die Möglichkeit, eben diese Vorurteile und damit Ängste abzubauen, fehlerhaftes Wissen richtig zu stellen oder aber Unterstützung dabei zu geben, Umgangsweisen bei tatsächlich vorhandenen negativen Reaktionen aus dem Umfeld zu erarbeiten. Bei starkem Misstrauen und dem Vorhandensein paranoider Ängste (z. B. davor, nach kurzer Begutachtung für ‚gestört‘ befunden und gegen den Willen in die ‚Irrenanstalt‘ eingeliefert, zwangsmediziert und festgehalten zu werden) wird das aktive Thematisieren ebendieser Ängste empfohlen. Hier über die realistischen Rahmenbedingungen, berufsethischen Richtlinien und den rechtlichen Rahmen aufzuklären, kann bei einigen Personen die Angst vor dem Kontrollverlust mildern und merklich Vertrauen schaffen, so zum Beispiel, indem die ärztlichen bzw. therapeutischen Schweigepflicht thematisiert wird.

Auch das Vorurteil, Psychotherapie bestehe einzig aus der (nutzlosen) Aufarbeitung schmerzhafter Erfahrungen und Erinnerungen (Komiya et al., 2000), muss aus dem Weg geräumt werden. Therapeutisches Arbeiten kann schmerzhaftes Phasen enthalten, dies jedoch nicht zum Selbstzweck, sondern als Zwischenstufe, durch die eine Person lernt, schwierige oder schmerzhaftes Emotionen effektiver zu handhaben und zu verarbeiten (Bion, 1979/1994). Es gilt, der ratsuchenden Person überzeugend kenntlich zu machen, dass Probleme nicht verschwinden, wenn man sie verdrängt oder vermeidet, sondern dass dies erst durch die aktive

Auseinandersetzung mit ihnen gelingen kann. Manche Menschen müssen überdies aktiv hören, dass sie die Kontrolle über diesen Prozess bei sich behalten.

5.3.2 Vertrauensaufbau und Selbstwertstärkung

Wie schwierig es sein kann, mit einer fremden Person, wenngleich im formal geschützten Kontext einer Psychotherapie, über persönliche Dinge zu sprechen, kann gerade bei denjenigen vergessen werden, welche diesen Beruf ausüben und sich diese Art der Selbstreflexion (und -enthüllung) gewohnt sind. Oftmals ist zu Beginn eine ängstlich abwartende Zurückhaltung oder manchmal gar eine feindselige (Abwehr-)Haltung in der Gegenübertragung gut spürbar. Der Therapeut beziehungsweise die Therapeutin hat diesem Verhalten – auch wenn es schwer fallen kann – immer wieder mit Verständnis, Zuneigung und Sympathie zu begegnen. Vor allem Themen mit negativen Inhalten, die direkt die Therapie oder die sie ausführenden Personen betreffen, sind heikel und werden ungern direkt benannt. Diese zu erspüren und empathisch darauf einzugehen, ist insbesondere beim ersten Treffen von grosser Wichtigkeit. Es gilt, von Beginn an die Perspektive der ratsuchenden Person ernst zu nehmen.

Zudem sollen sich die Menschen durch die therapeutische Situation in ihrem Selbstwert nicht bedroht, sondern geschützt bzw. gestärkt sehen. Hier gilt es also einen Perspektivenwechsel einzuläuten: Therapie ist nicht das Eingeständnis des Scheiterns und der eigenen Hilflosigkeit, sondern darf vielmehr als mutiger Schritt betrachtet werden, aktiv den eigenen Problemen entgegenzutreten. (Veraltete) Rollenbilder, zum Beispiel von Männlichkeit, dürfen in Frage gestellt werden. Es kann auch hilfreich sein, den positiven Effekt von Psychotherapie auf die Entwicklung von Selbstwert und Selbstvertrauen herauszustreichen.

5.3.3 Fazit: Das Erstgespräch besteht vor allem aus 'Beziehungsarbeit'

Wenn man die Perspektive der Patienten und Patientinnen ernst nimmt, dann wird man bereits zu Beginn und noch bevor man sich über das eigentliche Problem unterhält mit (oftmals impliziten) Wünschen und Ängsten in Bezug auf den zwischenmenschlichen Umgang in dieser speziellen Situation konfrontiert und hat darauf zu reagieren. Anders gesagt: Man ist auf der Beziehungsebene gefordert, noch bevor sich der problematische Sachverhalt inhaltlich aufgetan hat. Indem empathisch auf das Gegenüber eingegangen wird, indem seine Probleme oder Einwände, mögen sie einem auch nicht immer verständlich sein, nicht ignoriert, belä-

chelt oder gar verurteilt werden, kann sich eine gute therapeutische Beziehung entwickeln; sie ist das ‚Gefäß‘, in dem die Therapie stattfinden wird. Dazu gehört auch eine angenehme Art der Gesprächsgestaltung. Um es mit Clement et al. (2015) zu sagen: «Care that is welcoming and preserves dignity and practitioners who use terms that reflect clients’ understandings of their problems» (S. 19). Dafür sind von Therapeutenseite gute kommunikative und interaktive Fähigkeiten gefragt. Es geht letztendlich darum, die ratsuchende Person optimal dabei zu unterstützen, sich verständlich zu machen und ihr zu verdeutlichen, ob und wie auf ihr Anliegen eingegangen werden kann. Der therapeutischen Beziehungsgestaltung ist in dieser Arbeit ein eigenes Kapitel (Kap. 7) gewidmet.

6 Das Erstgespräch aus Sicht der psychoanalytischen Behandlungstheorie

We have to learn all these theories, but it is a perfect pest in the end. We suffer from 'indigestion' of theories and facts, until it is almost impossible to hear what the patient says. The trouble today is not ignorance of psycho-analytic theories; the trouble is so many theories that you cannot see the patient for them.
(Bion, 1979/1994, Fall 14, pos. 1109)

Die psychoanalytische Theorie hat, wie jedes therapeutische Verfahren, ihren ganz eigenen Umgang mit dem Erstgespräch gefunden. Aufgrund der im Vergleich zu anderen Therapieverfahren langen Geschichte der Psychoanalyse ist es sinnvoll, in einem ersten Kapitel die historische Entwicklung des Erstgesprächs seit Freud kurz nachzuzeichnen (Kap. 6.1). Dies gibt einen ersten guten Überblick nicht nur zum Erstgespräch, sondern sagt grundsätzlich viel über den Fortgang der psychoanalytischen Behandlungstechnik aus und darin insbesondere über die Veränderung der Beziehung zwischen Therapeut/in und Patient/in. In den darauf folgenden Kapiteln wird, sozusagen im Detailmassstab, auf Ebene des individuellen Erstgesprächs erstens auf dessen Zweck (Kap. 6.2) und zweitens auf dessen strukturellen Ablauf (Kap. 6.3) eingegangen. Im daran anschliessenden Kapitel 6.4 zur psychoanalytischen Gesprächsführung und -technik werden die wesentlichen typisch psychoanalytischen Techniken und Haltungen kurz gestreift. Mit Verweis auf Bions obiges Zitat sei angemerkt, dass über psychoanalytische Konzepte (z. B. die Definition von und der Umgang mit der Übertragung) schon so viel geschrieben wurde, dass eine sorgfältige und umfassende Übersicht im Rahmen dieser Doktorarbeit unmöglich und auch nicht sinnvoll ist. Für eine gründliche Auseinandersetzung sei auf die gängigen Lehrbücher verwiesen (Laplanche & Pontalis, 1972; Mertens, 2014; Thomä & Kächele, 2006a). In Kapitel 6.5 werden schliesslich spezifische, gemeinsam mit den Ratsuchenden zu erreichende (Beziehungs-)Ziele angesprochen, die in Richtung der gemeinsamen Arbeit am Anliegen gehen, aber in der psychoanalytischen Theorie nicht als eine solche benannt sind. Dazu gehört, dass sich eine emotionale Begegnung zwischen den Gesprächspartner/innen einstellt, aber auch dass eine erste Begegnung mit dem eigenen Unbewussten ermöglicht wird. Die Motivation für die Behandlung muss geweckt und über das therapeutische Vorgehen transparent informiert, die Therapie geplant und Ziele gemeinsam festgelegt werden. Der theoretische Teil zur psychoanalytischen Behandlungstheorie schliesst

mit der Zusammenfassung und kritischen Betrachtung der beschriebenen Handlungsempfehlungen (Kap. 6.6).

6.1 Die Entwicklung von Freud bis zur heutigen Zeit

6.1.1 Sigmund Freuds Empfehlungen zum Behandlungsbeginn

6.1.1.1 Die Patientin frei sprechen lassen – die Ergänzung der explorativen Methode um die freie Gesprächsführung

Die Entwicklung bis zu den heutigen Formen psychoanalytisch orientierter Erstgespräche beginnt bei Freuds Fall Katharina (Freud, S., 1895/2012). Er schildert darin, wie er bei einer Hüttenrast während einer Bergwanderung von der Tochter der Hüttenwirtin, die unter einer hysterischen Angstsymptomatik leidet, in seiner Funktion als Arzt angesprochen wird. Dabei fragt Freud zunächst in typisch ärztlich-explorativer Manier und von seinem theoretischen Wissen über die Krankheit der Hysterie geleitet: «"Wissen Sie, woher Sie die Anfälle haben?" "Nein." "Wann haben Sie die denn zuerst bekommen?" "Zuerst vor zwei Jahren..."» (ebd., S. 108) und lässt sich seine Hypothese bestätigen: Katharina hatte ihren Vater mit ihrer Cousine Franziska 'in flagranti' erwischt und in der Folge Paniksymptome entwickelt. Diese werden aber erst in der Gänze verstehbar, als Freud, mit seinen explorativen Fragen und suggestiven Techniken («Wenn Sie's nicht wissen, will ich Ihnen sagen, wovon ich denke, dass Sie ihre Anfälle bekommen haben...»; ebd., S. 109) an Grenzen gelangend, seine Methode erweitert: «Aber ich forderte sie auf, weiter zu erzählen, was ihr einfiele, in der sicheren Erwartung, es werde ihr gerade das einfallen, was ich zur Aufklärung des Falles brauchte» (ebd., S. 111). Nach Argelander (1976, 1978) findet sich hier retrospektiv die erste Aufzeichnung eines psychoanalytischen Erstgesprächs überhaupt, wo Freud die ausschliessliche Anwendung der explorativen Methode (der Arzt fragt, die Patientin antwortet) um die spontane Gesprächsführung ergänzte, die Patientin also die Führung des Gesprächs übernahm, indem sie ganz subjektiv ihren freien Einfällen folgte. Erst, indem Katharina die Situation des Gesprächs durch die ihr typische Art gestalten und die Übertragung sich in der Arzt-Patientin-Situation entwickeln konnte, liess sich der sie belastende unbewusste Konflikt, der Urheber ihrer Angstanfälle, bewusst machen.

6.1.1.2 Freuds Empfehlung der 'Probebehandlung' zur Indikationsstellung

Freud führte seine Ratschläge zum Beginn der Behandlung in seinem Aufsatz *Zur Einleitung der Behandlung* (Freud, S., 1913/1996) mit einem Aphorismus ein: «Wer das edle Schachspiel aus Büchern erlernen will, der wird bald erfahren, dass nur die Eröffnungen und Endspiele eine erschöpfende systematische Darstellung gestatten, während die unübersehbare Mannigfaltigkeit der nach der Eröffnung beginnenden Spiele sich einer solchen versagt» (S. 454). Sah er sich auch ausserstande, die psychoanalytische Behandlung zu manualisieren, also ein Handbuch mit genau definierten therapeutischen Techniken und Verhaltenselementen zu schaffen, so waren seine Anmerkungen betreffend der Einleitung der Behandlung doch relativ konkret gehalten und berührten Themen wie die Frage der Indikationen und Gegenindikationen, des Settings (Absprachen über Honorar und Termine, Thematisierung der Behandlungsdauer) und der Gesprächsführung. Gleichwohl wollte er diese Anmerkungen nicht als feste Regeln, sondern, der Komplexität des Geschehens Rechnung tragend, als Ratschläge verstanden wissen. Eine Probebehandlung von der Dauer von ein bis zwei Wochen sollte Klarheit über die Diagnose bringen und damit auch, ob eine psychoanalytische Behandlung indiziert war (Behandelbarkeit). Ein Abbruch innerhalb dieser kurzen Zeit sollte dem Kranken den «peinlichen Eindruck eines verunglückten Heilungsversuches» (S. 455) ersparen. Dem diagnostischen Nutzen dieser Probeanalysen blieb Freud (Freud, S., 1933/1996) allerdings auch später skeptisch gegenüber:

Unsere Diagnosen erfolgen sehr häufig erst nachträglich, sie sind von der Art wie die Hexenprobe des Schottenkönigs, von der ich bei Victor Hugo gelesen habe. Dieser König behauptete, im Besitz einer unfehlbaren Methode zu sein, um eine Hexe zu erkennen. Er ließ sie in einem Kessel kochenden Wassers abbrühen und kostete dann die Suppe. Danach konnte er sagen: das war eine Hexe, oder: nein, das war keine. Ähnlich ist es bei uns, nur dass wir die Geschädigten sind. Wir können den Patienten, der zur Behandlung, oder ebenso den Kandidaten, der zur Ausbildung kommt, nicht beurteilen, ehe wir ihn durch einige Wochen oder Monate analytisch studiert haben. Wir kaufen tatsächlich die Katze im Sack. (S. 167)

Man mag sich ab obigem Zitat fragen, wer nun wem einen Dienst leistet – der Therapeut dem Patienten oder vice versa. Mit Blick auf das eigentliche Thema, die diagnostische Einschätzung, lässt sich folgern, dass sich unsere diagnostischen Erfahrungen und Möglichkeiten glücklicherweise durch die inzwischen viel differenziertere Krankheitslehre enorm verbessern. Aber auch heute wird wohl niemand bestreiten, dass die diagnostische Einschätzung im Laufe oder am Ende einer Therapie eine weit differenziertere sein wird.

6.1.1.3 Anweisungen zum Gesprächsverhalten, aber ohne transparente Begründungen

Der noch heute in psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesprächen geltende Usus, die ratsuchende Person zu Beginn des ersten Gesprächs in einer möglichst unbestimmten Weise aufzufordern, mitzuteilen, was den Anlass für das Gespräch gab, ihr somit die Wahl des Gesprächsthemas frei zu stellen und sie sodann zunächst erzählen zu lassen, geht auf Freuds (Freud, S., 1913/1996) dergestalt gehaltene Empfehlung zurück: «Ehe ich Ihnen etwas sagen kann, muss ich viel über Sie erfahren haben; bitte teilen Sie mir mit, was Sie von sich wissen» (S. 468).

Auch die Grundregel der freien Assoziation sollte laut Freud noch vor Beginn des Gesprächs eingeführt werden:

Noch eines, ehe Sie beginnen. Ihre Erzählung soll sich doch in einem Punkte von einer gewöhnlichen Konversation unterscheiden. Während Sie sonst mit Recht versuchen, in Ihrer Darstellung den Faden des Zusammenhanges festzuhalten und alle störenden Einfälle und Nebengedanken abweisen, um nicht, wie man sagt, aus dem Hundertsten ins Tausendste zu kommen, sollen Sie hier anders vorgehen. Sie werden beobachten, dass Ihnen während Ihrer Erzählung verschiedene Gedanken kommen, welche Sie mit gewissen kritischen Einwendungen zurückweisen möchten. Sie werden versucht sein, sich zu sagen: Dies oder jenes gehört nicht hieher [sic!], oder es ist ganz unwichtig, oder es ist unsinnig, man braucht es darum nicht zu sagen. Geben Sie dieser Kritik niemals nach und sagen Sie es trotzdem, ja gerade darum, weil Sie eine Abneigung dagegen verspüren. (ebd., S. 468)

Dabei behielt er sich vor, sein Gegenüber über die Beweggründe für eine solche Regel zunächst im Dunkeln zu lassen:

Den Grund für diese Vorschrift – eigentlich die einzige, die Sie befolgen sollen – werden Sie später erfahren und einsehen lernen. Sagen Sie also alles, was Ihnen durch den Sinn geht. Benehmen Sie sich so, wie zum Beispiel ein Reisender, der am Fensterplatze des Eisenbahnwagens sitzt und dem im Inneren Untergebrachten beschreibt, wie sich vor seinen Blicken die Aussicht verändert. Endlich vergessen Sie nie daran, dass Sie volle Aufrichtigkeit versprochen haben, und gehen Sie nie über etwas hinweg, weil Ihnen dessen Mitteilung aus irgendeinem Grunde unangenehm ist. (ebd., S. 468)

Was die Technik der Psychoanalyse damals (vielleicht auch im positiven) als unergründlich und mysteriös erscheinen liess, würde heute zu Irritation führen und Zweifel an der Seriosität der Behandlung aufkommen lassen.

6.1.1.4 Fazit

Freuds Probebehandlung folgte also bereits den psychoanalytischen Regeln und war gleichzeitig auch der Beginn der Behandlung, da Freud nicht explizit zwischen Abklärung und Therapie unterschied. Über die Gesprächsregeln informierte er nicht transparent und setzte damit behandlungstechnische Gründe vor ethische Überlegungen. Die klassische Vorstellung des Experten, der 'die Aufklärung des Falles' (siehe Katharina) in die Hand nimmt und dozierend über die widersprüchlichen Regungen des Unbewussten aufklärt, mutet heute veraltet an. Vor dem Hintergrund des damals in der Medizin üblichen autoritären Umgangs mit Patienten und Patientinnen war seine Aufforderung an jene beziehungsweise sein Angebot an sie, frei zu erzählen, was sie umtrieb, dennoch ein erster, wahrscheinlich bahnbrechender Schritt hin zu einer gleichrangigen 'Gesprächspartnerschaft'.

6.1.2 Die Fokussierung auf die 'richtige' Störung

Zu einer von der eigentlichen Behandlung abgetrennten Untersuchungseinheit wurde das Erstgespräch (oder, in dieser Arbeit synonym verwendet, das *Erstinterview*) erst in den 1950er-Jahren. Es war die Zeit der *mental-health movements* in den USA und in Nordeuropa. Die Entwicklung geeigneter psychotherapeutischer Angebote war massgeblich vom psychoanalytischen Denken geprägt. In Bezug auf das Erstgespräch war vor allem die diagnostizierende Arbeit im Interviewprozess entscheidend, und die Diskussion wurde in erster Linie unter dem Gesichtspunkt geführt, welche Klientel sich für eine psychoanalytische Behandlung eignen würden (Stichwort: Behandelbarkeit). 1954 erfolgte passend dazu das Symposium der *New York Psychoanalytic Society* zum Thema *The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis*. Diskutiert wurde die Erweiterung der Therapieindikation für Störungsbilder ausserhalb des klassischen neurotischen Störungsspektrums hin zu strukturellen Störungen wie Borderline, Narzissmus oder gar Psychosen (Stone, L., 1954), die Freud (1905/1992, 1933/1996) zu seiner Zeit noch ausgeschlossen hatte.

Das Symposium *Indications and Contraindications for Psychoanalysis* der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) in Kopenhagen dreizehn Jahre später zeigte eine leichte thematische Verschiebung beziehungsweise Entwicklung an: Nicht mehr nur die Diagnose stand nun im Zentrum der Indikationsstellung, sondern die individuelle Eignung, die individuellen Charakteristika und Ressourcen eines Menschen in Bezug auf seine Analysierbarkeit: «If indication refers to categories of mental conditions that can be treated with psychoanalysis, analysability refers to the ability of the actual patient or categories of patients to derive benefit from psychoanalysis» (Lagerlöf, 2012, S. 37). Man war nun so weit, zu thematisieren, dass Patienten derselben (psychoanalytisch definierten) Störungsgruppe sehr unterschiedlich von einer psychoanalytischen Behandlung profitieren können. Elisabeth Zetzel's zu oben genanntem Kongress erschienener Beitrag *The so called good hysteric* (1968) ist der erste seiner Art, der auf die individuelle Einschätzung der Behandelbarkeit im Rahmen des Erstgesprächs eingeht. Zu beachtende Einflussfaktoren waren gemäss Zetzel anamnestiche Besonderheiten (Geschwisterfolge, Beziehung zum Vater), aktuelle Objektbeziehungen, schulische und berufliche Erfolge, der Umgang mit der Sexualität sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion.

Aufgrund der in Relation zum therapeutischen Angebot hohen Zahlen an Ratsuchenden führten amerikanische Universitätskliniken und Ausbildungsinstitute ab den 1960er-Jahren den analytischen Behandlungen vorgelagerte Abklärungen ein, sogenannte *Assessments*. Dies in der Absicht, nur Personen, die von einer Psychoanalyse profitieren würden, einer solchen zuzuführen, also die damals raren Therapieplätze an die richtige Klientel zu vergeben. Selektionierte wurde für gewöhnlich durch ein klinisches Komitee und nach möglichst objektiven Kriterien (Ich-Funktionen, soziale Anpasstheit, Objektbeziehungen, schulische und berufliche Leistungen). Subjektivität und Intuition der am Erstgespräch beteiligten Therapeuten und Therapeutinnen wurden hingegen mehrheitlich als Störung des objektiven Urteilens betrachtet und ignoriert. Wie ein systematischer Review zu zwanzig Jahren Assessment-Praxis von Bachrach und Leaff (1978; zit. nach Lagerlöf, 2012) offenlegt, stellten sich die damaligen, vermeintlich objektiven, klinischen Beurteilungen als gänzlich unnütz heraus. Die damals üblichen Beurteilungen der Analysierbarkeit hatten keinerlei prädiktiven Wert für den Therapieerfolg, kein prognostischer Nutzen war vorhanden. Es dauerte nochmals mehr als zehn Jahre, bis der 'Faktor Analytiker' und die individuelle Passung der Gesprächspartner (*matching*) in ihrer Bedeutsamkeit für das analytische Geschehen allgemein, d. h. auch in den konservativen analytischen Ausbildungsinstituten, anerkannt und der positive Zusammen-

hang dieser Variablen mit dem Therapieerfolg sichtbar gemacht wurde (Kantrowitz et al., 1990).

Es war also die Zeit, als das Erstinterview in erster Linie zum Zwecke der Diagnostik, Indikation und Prognose diente und Abklärung und Therapie klar voneinander abgetrennt wurden. Immer noch jedoch galten die in der Medizin üblichen Positionierungen der Patient/innen als Krankheits- bzw. Symptomträger/innen und der ärztlichen Seite als davon abgetrennte diagnostizierende und behandelnde Autorität. Immer noch wurde aus der Störungsperspektive heraus gedacht und gehandelt. Anstatt sich zu fragen, welche Therapie zu einem bestimmten Menschen passen würde, lautet die Frage, welches Individuum zum vertretenen Therapieangebot passen könnte. Die Haltung den Klientinnen und Klienten gegenüber hatte sich seit Freud – man erinnere an das Zitat mit der 'Katze im Sack' – noch nicht wesentlich geändert; ihre Positionierung war, etwas harsch ausgedrückt, immer noch diejenige von Testobjekten.

6.1.3 Die Betonung der therapeutischen Beziehung

6.1.3.1 Die Bedeutung der Übertragung für das Geschehen im Erstgespräch

Ab Mitte der fünfziger Jahre in den USA und dann ab Mitte der sechziger Jahre im deutschsprachigen Raum rückten einzelne Forschergruppen, welche die fundamentale Bedeutung der Übertragung für den psychotherapeutischen Prozess zu erkennen wussten, die therapeutische Beziehung und die therapeutische Seite des Interviewprozesses ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Gill, Newman, Redlich und Sommers (Gill et al., 1954) formulierten dies folgendermaßen: «...we believe there is a strong move in the direction of changing the initial interview from diagnostic fact gathering to diagnostic evaluation of an interpersonal relationship» (S. 50). Enid und Michael Balint, die an der Tavistock Clinic in den sechziger Jahren das *diagnostische Interview* entwickelten, seien als wesentliche Wegbereiter dieser bipersonalen Psychologie genannt. Sie hoben hervor, dass Äusserungen und Verhalten der Interviewten bereits als Reaktion auf die Persönlichkeit der Interviewer/innen begriffen werden mussten:

Zunächst gibt es keine feststehende, erprobte Routine. Zweitens muss der Arzt, wie objektiv auch immer er sich zu verhalten versucht, nolens volens eine persönliche Beziehung zum Patienten eingehen, sodass das Untersuchungsergebnis in hohem Grade davon abhängt, wie er sich subjektiv in dieser Beziehung verhält und was er daraus entnimmt. Infolgedessen wird die Wiederholung der Untersuchung vielleicht nicht die gleichen Resultate ergeben... (Balint & Balint, 1966, S. 207)

In ihrer Interviewtechnik betonten die Balints die Funktionseinheit von Übertragung und Gegenübertragung. Konkret hiess dies, sich zum Beispiel mit folgenden Fragen auseinander zu setzen, die in einer somatischen Arztvisite vergleichsweise wenig Beachtung finden würden: Wie behandelt der Patient den Arzt? Wie behandelt der Arzt wiederum den Patienten? Ist er an dessen Problemen interessiert? Hat er das Gefühl, etwas für diesen tun zu können? Schätzt er gewisse Qualitäten an diesem? usw. (Thomä & Kächele, 2006a).

Die dialogische Struktur des psychotherapeutischen Gesprächs, also die Erkenntnis, dass beide Gesprächspartner gleichsam Verantwortung für das Geschehen im therapeutischen Raum tragen, wird inzwischen breit durch gesprächsanalytische Befunde gestützt (Peräkylä et al., 2008b; Streeck, 2004). Wilke (1992) schreibt dazu:

Es ist nicht möglich, dass Therapeuten derlei Gespräche ‚lediglich in Gang setzen‘ und sich dann das sprachlich-assoziative Material der Patienten ohne weitere Beeinflussungen entfaltet. Vielmehr sind wir mit einem subtilen Aushandlungssystem von Äusserungen, Schweigen und Hörersignalen konfrontiert, welches systematisch zu beschreibenden Regelmäßigkeiten unterliegt und durch das die verbale Produktion beider Gesprächspartner fortlaufend gesteuert wird (S. 342).

Im deutschsprachigen Raum war Hermann Argelander einer der Wegbereiter in der Transformation von einer *einpersonalen* hin zu einer *bipersonalen* Psychologie. An die Stelle der (interrogativen) Fragen des Arztes in der Manier einer einpersonalen Psychologie tritt das gemeinsame Untersuchen und Erleben: Alles, was sich ereignet, stellt eine Wechselwirkung zwischen den am Gespräch Beteiligten dar (Argelander, 1966, S. 40):

...dass jedes Interview auch als eine analytische Situation aufgefasst und von spezifischen Übertragungsmomenten zu diesem Interviewer und zu dieser Umgebung in diesem Moment geprägt wird. Die verschiedenartigen Mitteilungen des Patienten wie verbale Informationen, Verhaltensangebote, induzierte Vorstellungen des Interviewers usw. gruppieren sich um oder besser, kristallisieren sich an dieser zwischenmenschlichen Beziehung, dem Herzstück der Untersuchung, wie Balint es nennt, aus und erhalten von diesem Aktionszentrum eine Anordnung, die dazu führt, dass das Problem des Patienten sich in charakteristischer Weise vor den Augen dieses Untersuchers entfaltet. (S. 40)

Mit seinem bekannten und noch heute gebräuchlichen Standardwerk *Das Erstinterview in der Psychotherapie*, das erstmals 1970 erschien, wusste Hermann Argelander schliesslich seine allgemeinverständliche und eingängige Unterteilung der Datenerhebung in objektive, subjektive und szenische Informationen beziehungsweise szenische Evidenz (siehe Kapitel 2.2.4.1)

zu vermitteln und das Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen nachvollziehbar und schlüssig in die Diagnostik zu integrieren. Das Wechselseitige in der therapeutischen Beziehung wurde von Argelander indes immer noch vordringlich unter dem Gesichtspunkt der diagnostischen Einschätzung betrachtet. Ein Ernstnehmen der Wünsche und Vorstellungen von Patient/innen, also ihre Einbindung als mündige Partner, fand keinen Niederschlag in seiner Konzeption des Erstinterviews – welche in dieser Form nach wie vor gelehrt wird (das Buch ist mittlerweile in seiner 10. Auflage).

6.1.3.2 Die therapeutische Funktion des Erstgesprächs wird betont

Der nächste Schritt war, die Schaffung einer analytischen (therapeutischen) Gesprächssituation im Erstgespräch als gleichrangig mit dem diagnostischen Zweck zu begreifen. Kritik am üblichen medizinischen Grundsatz der einpersonalen Psychologie, wonach vor jeder Behandlung eine Untersuchung zwecks klarer Ausarbeitung von Diagnose, Indikation und Prognose stattzufinden habe, wurde laut (Argelander, 1966):

Allerdings leistet diese Methode ... nichts Spezifisches für drei in der psychotherapeutischen Praxis wesentliche Momente: 1. Für die Entscheidung des Psychotherapeuten, ob er diesem Patienten ... mit einer von ihm selbst ausgeübten psychotherapeutischen Behandlungstechnik helfen kann. Für diese Entscheidung reicht es nicht aus, Wissen um Krankheitsprozesse zu besitzen, sondern man benötigt das Verständnis für diesen Patienten unter den Bedingungen einer analytischen Situation. 2. Für die freie Entscheidung des Patienten, sich einer psychotherapeutischen Behandlungsform anzuvertrauen... 3. Für eine Diagnostik, die dynamische Faktoren mit einbezieht. Diese kann unter Umständen sehr wesentlich für die Wahl eines spezifischen therapeutischen Verfahrens sein, das sich an der aktuellen inneren Konfliktsituation des Patienten orientiert (z. B. Kurztherapie) oder an seiner aktuellen Übertragungseinstellung mit ihren Bedürfnissen, Konflikten und Ausdrucksformen (z. B. Gruppentherapie). [...]

Die genannten drei Faktoren werden im Untersuchungsang nur dann berücksichtigt, wenn das Interview als eine analytische Situation aufgefasst wird, in der wir unser psychoanalytisches Instrument auch zu diagnostischen Zwecken einsetzen. Diese Einstellung zur Untersuchungsanordnung scheidet prinzipiell Diagnostik und Therapie nicht voneinander. (S. 41 - 42)

In der Folge wurde die Trennung zwischen Untersuchung und Therapie wieder etwas durchlässiger. Das Erstgespräch wurde, wie bei Freud, wieder zur analytischen Situation, in der die therapeutische Arbeit wiederum vor allem diagnostischen Zwecken diene. Den ratsuchenden

Menschen nach seinem Anliegen zu fragen, blieb bei dieser Konzeption bipersonaler Psychologie hingegen immer noch aus.

6.1.4 Heutige psychoanalytische Sichtweise: Die behandelnde Person gelangt ins Blickfeld der diagnostischen Überlegungen

Der logische nächste Entwicklungsschritt in Bezug auf diagnostische Überlegungen (Therapierbarkeit) war, das Augenmerk hin zu den subjektiven psychischen Kapazitäten der Behandelnden zu richten. Heute hält sich die Vorstellung in psychoanalytischen Kreisen (Reith et al., 2012), dass nicht mehr nur die objektiven Indikatoren auf Patientenseite ausschlaggebend für deren Behandelbarkeit sind, sondern die Gegenübertragungsgefühle auf Seiten der Fachpersonen unbedingt beachtet werden müssen. So sind zum Beispiel schwere strukturelle Defizite nicht automatisch ein Ausschlusskriterium für eine psychoanalytische Behandlung oder gar Psychoanalyse; wichtiger ist, wie der Analytiker mit diesen strukturellen Defizien und der sich daraus ergebenden schwierigen Übertragungssituation umgeht, also wie dessen subjektive Kapazitäten (Stichwort: Subjektive Indikation) ausgebildet sind (Dantlgraber, 2012).

Wenn seelische Heilung sich nicht mehr, wie früher angenommen, vornehmlich über Einsicht (Sicht der klassischen Psychoanalyse), sondern, wie Säuglingsforscher und Vertreter der *relational theories* propagieren (Fonagy, 1998; Safran & Muran, 2000; Stern et al., 1998), über die Modifikation impliziten prozeduralen Beziehungswissens vollzieht, dann müssen die mit der therapeutischen Beziehung einhergehenden emotionalen Erfahrungen stärker berücksichtigt werden. Dies leitet über zur Relevanz der Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle. Rothstein behält sich vor, alle im Verlaufe eines Erstgesprächs entstehenden positiven, hoffnungsvollen, negativen oder pessimistischen Gedanken über den Patienten, seine Diagnose oder Prognose in erster Linie im Lichte des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen zu reflektieren (Rothstein, 1994): «... psychoanalytic diagnoses are no more than descriptive indicators of the data to be analyzed in both the transference and countertransference» (S. 684). Amati Mehler et al. (1981; zit. nach Jaffè, 2012) gehen sogar so weit, die Konzepte von Diagnose, Indikation und Kontraindikation für eine mögliche analytische Behandlung als professionelle Abwehr der Analytiker zu bezeichnen. Vor allem Diagnosen mit einer negativen Wertung wie Borderline oder Narzissmus, Psychopathie oder Perversion würden oftmals eine negative Gegenübertragungsreaktion signalisieren, schreibt Rothstein (1994), der eine an das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen angelehnte, modifizierte Diagnostik in drei

Gruppen vorschlägt: «1) inhibited, 2) enactment prone und 3) too disturbed and disturbing for me» (S. 684).

Heute wird also der Beziehungsaspekt für die Diagnostik im Erstgespräch hochgehalten und das therapeutische Geschehen schon lange als ein von Patient/in und Therapeut/in gemeinsam gestaltetes definiert. Dennoch treibt die psychoanalytische Gemeinschaft immer noch in erster Linie die Frage nach der richtigen Diagnostik um (Reith et al., 2012). Das Problem muss in seinen vielen Facetten akkurat erfasst werden und die Frage beantwortet sein, ob der Therapeut mit diesem einen Menschen erfolgreich zusammenarbeiten kann oder nicht. Weniger Aufmerksamkeit wird der Frage gewidmet, mit welchen Anliegen Patient/innen ein Erstgespräch aufsuchen, und wie mit diesem umgegangen werden soll. Dabei ist ein solches Anliegen immer vorhanden. Ratsuchende tragen immer ihre Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen an die Person des Therapeuten heran, egal, ob diese Beachtung finden oder nicht.

6.1.5 Anweisung aus der evidenzbasierten Psychotherapieforschung: *Tailoring psychotherapy to the person*

Sir William Osler, der ‘Vater der modernen Medizin’ soll Folgendes gesagt haben: «It is sometimes much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of disease a patient has» (zit. nach Norcross & Lambert, 2011a, S. 9). Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen machen früher oder später die Erfahrung, dass es keine allgemeingültigen ‘Rezepte’ in der Behandlung von Patienten und Patientinnen gibt. Was für eine Person funktioniert, kann, sogar bei identischer Diagnose, schon für die nächste Person ganz falsch sein. So ist es nachvollziehbar, dass auf jeden Menschen individuell eingegangen werden muss, sei es in behandlungstechnischen Fragen oder in der Art der Beziehungsgestaltung. Auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung hat mittlerweile diese Erkenntnis erreicht: «As the field of psychotherapy has matured, the identical psychosocial treatment for all patients is now recognized as inappropriate and, in select cases, perhaps even unethical. We will not progress, and our patients will not benefit, by imposing a Procrustean bed onto unwitting consumers of psychological services» (Norcross & Wampold, 2011b, S. 131). Eine psychotherapeutische Abklärung hat sich an Gordon Pauls 1967 formulierter und mittlerweile ikonischer Frage zu orientieren: «‘What treatment, by whom, is most effective for *this* individual with *that* specific problem, and under which set of circumstances?’» (zit. nach Norcross & Lambert, 2011a, S. 9).

Seit einigen Jahrzehnten nun versuchen Forscher unterschiedlicher psychotherapeutischer Richtungen aktiv den Graben zwischen den Therapieschulen zu schliessen (wenngleich in vielen wissenschaftlichen Institutionen und in manch einer Therapiepraxis immer noch wenig davon zu spüren ist). Die Auffassung, dass eine gute therapeutische Beziehung für einen gelingenden therapeutischen Prozess notwendig ist, findet sich verfahrensübergreifend. Nicht zufällig beauftragten die *American Psychological Association (APA) Division of Clinical Psychology* und die *Division of Psychotherapy* 2009 eine schulenübergreifende Arbeitsgruppe mit der Untersuchung der therapeutischen Beziehung. Ziel war es, den neuesten Stand für eine evidenzbasierte Psychotherapie zu definieren. Mit diesem Begriff ist folgendes gemeint: «The integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences» (APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, S. 273; zit. nach Norcross & Lambert, 2011b, S. 4). Die Definition geht weit über kassenärztliche Überlegungen hinaus, gewisse Diagnosen nur noch durch spezifische Therapieformen behandeln zu lassen:

The upshot of these considerations is that a truly evidence-based psychotherapy will necessarily consider the person of the psychotherapist, the therapy relationship, and means to adapt or tailor that relationship to the individual patient—in addition to diagnosis. Otherwise, evidence-based practice will prove clinically incomplete as well as scientifically suspect (Norcross & Lambert, 2011a, S. 10).

Unter der Maxime ‘*Tailoring psychotherapy to the person*’ machen sich die zurzeit führenden Köpfe der Therapiebeziehungsforschung (siehe Norcross, 2011) dafür stark, die Therapie (und somit auch die Abklärung) vom Patienten aus zu denken. Diese Anweisung beruht nicht etwa auf einer ethisch-altruistischen Haltung, sondern gründet auf zahlreichen empirischen Studien zu den Faktoren, die Effektivität und Effizienz psychotherapeutischer Behandlungen beeinflussen. Im Namen des Therapieerfolgs sieht man sich gezwungen, Patient/innen als aktiv Einfluss Nehmende im psychotherapeutischen Geschehen wahrzunehmen und anzuerkennen. Wenngleich nicht als solches benannt, so wird dem Anliegen der Patienten mit dieser Herangehensweise nachdrücklich Rechnung getragen. Gemäss der aktuellen empirischen Datenlage ist es besonders wichtig, sich bereits zu Beginn über folgende (transdiagnostische) Patientenmerkmale klar zu werden, die den Therapieerfolg erheblich beeinflussen: 1) Abwehr/Widerstand (*reactance/resistance*), 2) Wünsche/Vorlieben (*preferences*), 3) kultureller Hintergrund, 4) Religiosität/Spiritualität, 5) Phasen der Veränderung (*stages of change*), 6)

Erwartungseffekte (*expectations*), 7) Copingstil, 8) Bindungsstil (Norcross & Wampold, 2011b).

6.1.6 Zusammenfassung

Von ihrer Entstehung um 1900 bis heute hat sich die psychoanalytische Sicht auf das Erstgespräch parallel zur allgemeinen psychoanalytischen Theoriebildung entwickelt: Wichtigste Überlegung war dabei stets, ob Ratsuchende von einer psychoanalytischen Behandlung (damals: Psychoanalyse) profitieren würden. Wurde in den Anfängen in Bezug auf die Behandelbarkeit das Augenmerk auf die 'richtige' Störungsgruppe gelegt, so gerieten später Persönlichkeitszüge und anamnestiche (objektive) Fakten der zu Behandelnden in den Fokus der Indikationsstellung. Mit Aufkommen der Objektbeziehungstheorie Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die Bedeutung der Interaktion – was damals praktisch gleichbedeutend mit dem Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen war – Gegenstand der Überlegungen. Um die Jahrtausendwende geriet die Person des Behandlers stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit. Nun war es nicht mehr der 'richtige' oder 'falsche' Patient, sondern der 'richtige' oder 'falsche' Therapeut, der in Bezug auf die Therapieindikation zu denken gab.

Was über die Jahrzehnte und seit Entstehung der Psychoanalyse gleich blieb, ist die Sichtweise auf die Funktion des Erstgesprächs: Ein solches dient dem Zweck, die 'Behandelbarkeit', die sich im Dreiergespann 'Diagnose, Indikation und Prognose' fassen lässt, festzustellen. Aspekte, die mit der Person des Patienten zu tun haben, werden im Grunde immer in Bezug auf sein Problem betrachtet. Eine grundsätzliche Verschiebung in der Betrachtung des Erstgesprächs kam erst durch die Macht und den Einfluss der evidenzbasierten, allgemeinen Psychotherapieforschung auf, die aufgrund des Drucks der öffentlichen Versorgung die Qualität der therapeutischen Angebote viel systematischer unter die Lupe nahm. Sie ordnet letztendlich alles der Frage unter, ob etwas dem (effizienten) Therapieerfolg dienen wird oder nicht. Die aktive Rolle der Patienten am therapeutischen Geschehen – als motivierte Mitarbeiter oder als den Prozess manipulierende Widerständler – wurde stärker wahrgenommen. Nun wurde erkannt, wie wichtig es ist, die Therapie vom Patienten aus zu denken, auf sein Anliegen einzugehen, da eine Therapie ohne dessen konstruktive Mitarbeit keine Chance auf Erfolg hat. Die Orientierung an der Behandelbarkeit setzte also eine andere Betrachtungsweise frei als die systematische Abgleichung aller möglichen Therapeuten- und Patientenvariablen mit dem Therapieerfolg.

6.2 Der Zweck des psychoanalytischen Erstgesprächs

Wie aus dem letzten Kapitel deutlich wird, treibt die psychoanalytische Behandlungstheorie vor allem die Frage des 'korrekten' Diagnostizierens um. Dabei ist darunter wahrscheinlich immer noch weniger gemeint, die 'korrekte' (Störungs-)Diagnose zu stellen, sondern mehr die Indikation für eine bestimmte Therapieform zu testen.

6.2.1 Wie man zu einer Diagnose gelangt

Die Diagnostik in der psychoanalytischen Therapie hält nach wie vor an der psychoanalytische Krankheitslehre fest, trotz der heute gebräuchlichen ICD-10-Klassifikation (*Internationale Klassifikation psychischer Störungen*), die zu Kassenzwecken häufig ebenfalls ermittelt wird. Die Diagnostik umfasst dabei folgendes:

Es geht dabei um die Arbeit eines Verständnisses des unbewussten Konfliktes beziehungsweise der von ihm ausgehenden und sich darstellenden Komponenten. Zumeist wird dieser unbewusste Konflikt in seinem Ansatz in der ersten Begegnung mit dem Analytiker reinszeniert. Gleichzeitig geht es darum, eine Strukturdiagnose der Persönlichkeit des Patienten zu erarbeiten. Es entsteht ein Bild des Entwicklungsschicksals dieser Persönlichkeit, das auch einen Eindruck von ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten einschliesst, den Garanten für eine spätere Arbeit. (Eckstaedt, 1996, aus dem Vorwort zur Taschenbuchausgabe)

Der Grund für die Unschärfe in der diagnostischen Beschreibung, gerade im Vergleich zur deskriptiv-phänomenologischen Diagnostik in der ICD-10, liegt sicher darin, dass eine valide psychoanalytische Diagnose ob der Beachtung subjektiver und szenischer Informationen weitaus schwieriger zu erreichen ist. Weil es heutzutage nicht mehr nur ein therapeutisches (Psychoanalyse), sondern eine Vielzahl verschiedener Verfahren, Settings, Frequenzen unter den unterschiedlichsten institutionellen Rahmenbedingungen und mit zum Teil sehr unterschiedlichen Zielvorstellungen gibt, bleibt eine hinreichend solide Diagnostik eine unabdingbare Voraussetzung zur Indikationsstellung (Doering & Schüssler, 2004).

6.2.1.1 Argelander: Objektive, subjektive und szenische Informationen

Argelander (1970/2009) prägte mit seiner Neuerung zum diagnostischen Verstehen im psychoanalytischen Erstgespräch die nachfolgenden Generationen von Therapeuten und Therapeutinnen tiefgreifend. Er unterteilte die Informationsgewinnung im Erstinterview in *objekti-*

ve, *subjektive* und *situative* (synonym: szenische) Informationen. Objektive Informationen (nachprüfbare biographische Fakten und Daten, Persönlichkeitsbeschwerden oder Symptome) gelten als Quelle des logischen Verstehens und sind durchaus auch für psychoanalytisch geschulte Therapeuten und Therapeutinnen wichtig. Doch ihr hauptsächliches Interesse gilt den subjektiven Informationen, welche deren (psychologischen) Bedeutungsgehalt für den Patienten oder die Patientin umfassen: «Die Perspektive des Ratsuchenden aber ist für den psychoanalytischen Zugang zu psychischen Störung von eminenter Bedeutung. Alles kommt darauf an, dem einzelnen in seiner Expressivität, seiner Selbstdarstellung und seinem Selbstverständnis gerecht zu werden» (Boothe et al., 1998, S. 17). Angetönt ist hier auch die dritte Informationsquelle, in der das spezifisch Psychoanalytische zum Tragen kommt: «Der Patient verrät uns also nicht nur mit seinen Informationen einen Eindruck von dem unbewussten Kräftespiel, das seine Krankheit bedingt, sondern stellt sie in der sprachlichen Kommunikation mit dem Interviewer direkt als Szene dar» (Argelander, 1970/2009, S. 61). Erst durch die Integration aller drei Informationsquellen, der objektiven, der subjektiven und der szenisch-situativen, ergibt sich ein zuverlässiges Bild von der Person des Patienten.

Die „Psycho-Logik“, die wir zum Verständnis der Krankheit unserer Patientin brauchen, erschöpft sich nicht in der Erschliessung logischer Zusammenhänge, sondern kommt erst im szenischen Verstehen zum Tragen. Sie gewinnt ihre Bedeutung, wenn wir das Material mit der Szene in Einklang bringen können, an der wir mit dem Patienten teilnehmen, und wenn die situative Evidenz die Richtigkeit unseres Vorgehens bestätigt. Der Patient verrät uns also nicht nur mit seinen Informationen einen Eindruck von dem unbewussten Kräftespiel, das seine Krankheit bedingt, sondern stellt sie in der sprachlichen Kommunikation mit dem Interviewer direkt als Szene dar. (ebd., S. 61)

Genannt wird hier der Begriff der *situativen beziehungsweise szenischen Evidenz*, das heisst wenn sich „das Gefühl einer prägnanten Übereinstimmung zwischen der Information und dem Geschehen in der Situation“ einstellt (ebd., S. 14).

6.2.1.2 Die Bedeutung des therapeutischen Beziehungsgeschehens für die Diagnostik

Parallel dazu entwickelte Lorenzer in den 1970er Jahren den Begriff des *szenischen Verstehens* (1970). Insgesamt rückt beim szenischen Verstehen die aktuelle Patient-Therapeut-Beziehung in den Fokus der Beobachtung. Dabei ist indes mehr als die rein sprachliche Kommunikation gemeint: «In interpersonellen Situationen werden Ausdrucksintentionen realisiert,

die sich in körperlichem Handeln kundtun, und zu diesem körperlichen Handeln gehört Sprechen ebenso wie nicht-sprachliches Verhalten» (Streeck, 2002, S. 267). Gerade Erinnerungen der ersten Lebensjahre (zum Beispiel früher Traumatisierungen) sind als sogenannte *action thoughts* (Busch, 1989, 1995; zit. nach Streeck, 2002, S. 253) abgespeichert und können demzufolge zunächst nur über motorisches Verhalten ausgedrückt werden.

Für das Erkennen szenischer Informationen ist die Interaktion *zwischen* Therapeut und Patient wichtig. Beide Personen sind beteiligt, und es ist nicht unterscheidbar, wer Verursacher und wer Reagierender dieser *joint creation* (Roughton, 1993; zit. nach Streeck, 2002, S. 261) ist.

Ohne Zweifel erzielt ein Arzt, der seinen Patienten immer beruhigt, sobald er bemerkt, dass dieser sich unter einem Druck befindet, sehr anderes Material als einer, der nur passiv zuhört und den Patienten ‚schmoren‘ oder ihn das Interview selber steuern lässt. (...) Welche Technik der Arzt aber auch wählen mag, seine Wechselbeziehung mit dem Patienten schafft eine spezifische Atmosphäre (Streeck, 2002, S. 237).

Eine Beurteilung aus einer therapeutisch neutralen Position heraus ist in diesem Denkverständnis einer bipersonalen Psychologie nicht mehr möglich, da alles, was sich im therapeutischen Gespräch ereignet, eine Wechselwirkung darstellt (Balint & Balint, 1966):

... das ... Interview ist die Summe der Reaktionen des Patienten auf diesen Arzt, in diesem Moment, in dieser Umgebung – und da keiner dieser spezifischen Umstände aus dem Interview ausgeschaltet werden kann, ist es in Wirklichkeit die Wechselwirkung, die untersucht wird. Daher wird das, was in der klinischen Untersuchung ein Störfaktor ist, zum eigentlichen Herzstück der ... Untersuchung. (S. 210)

6.2.1.3 Die Anfangsszene – ein diagnostisch 'dichter' Moment im Erstgespräch

Was sich von der ersten Kontaktaufnahme bis hin zur persönlichen Begrüssung und der Eröffnung des Erstgesprächs einschliesslich des ersten gesprochenen Satzes hinzieht, nennt Wegner (1992) die *Anfangsszene*. Ihr kommt, ähnlich dem Initialtraum, den Symptomhandlungen oder dem Ende einer Analysestunde, eine besondere Bedeutung zu. Wie bereits im Wort enthalten, spielt bei der Anfangsszene die szenische Inszenierung eine tragende Rolle im Prozess des Verstehens.

Offenbar kann der Austausch zwischen Patient und Psychotherapeut gleich zu Beginn, manchmal sogar in den allerersten Momenten ihres Zusammentreffens besonders ‚dicht‘ sein, auch dann, wenn nicht viele Wort gewechselt werden. Gelegentlich werden dann mit wenigen Zügen flüchtige Szenen gestaltet, in denen das Verhältnis der beteiligten Akteure skizzenhaft zur Darstellung kommt. (...) Solche flüchtigen und subtilen kommunikativen Mittel und Mechanismen können bei der Diagnostik seelischer Beeinträchtigungen eine ungleich grössere Rolle spielen als bei der Diagnostik körperlicher Krankheiten. (Streeck, 2004, S. 141–142)

Die Besonderheit der Anfangsszene liegt im Umstand, dass zwei Menschen miteinander in Beziehung treten, die sich vorher nicht kannten. Sie bewegen sich sozusagen in einer ungeschützten Situation. Kind (1986) spricht in diesem Zusammenhang von einer Labilisierung des intrapsychischen Gleichgewichts: Durch den Zustand der Unkenntnis vom jeweils anderen ist die Situation entsprechend mit Spannung und Nervosität aufgeladen und die Möglichkeit gross, dass Projektionen, Erwartungen, Wünsche und Ängste der ratsuchenden Person und in geringerem Masse auch des Therapeuten oder der Therapeutin auf diesen Moment einwirken. Der Stundenanfang lässt sich grundsätzlich – und nicht bloss im Erstkontakt, sondern in jeder späteren Sitzung ebenso – als Störung des intrapsychischen Gleichgewichts charakterisieren. Heigl und Heigl-Evers (Heigl-Evers & Heigl, 1979; zit. nach Kind, 1986, S. 216) untersuchten die Initialphase in Gruppentherapien und hoben hervor, dass es auch in der Gruppe zu Beginn zu einer Labilisierung der Toleranzgrenze kommt.

Natürlich wird auch Kritik laut ob der psychoanalytische Annahme, dass sich die entscheidenden Konflikte des Patienten bereits in den ersten Sekunden der Begegnung abbilden und erfassen lassen. Für Hoffmann ist dies eine «zurückhaltend ausgedrückt, sehr mutige Annahme», und die Vorstellung, dass die ersten Patientenäusserungen bereits seine Lebensprobleme zusammenfassen, nennt er einen «liebenswerten Mythos» (2008; zit. nach Rudolf, 2010, S. 82). Dührssen (2011) warnt etwas differenzierter vor einer überstürzten Diagnostik aufgrund weniger szenischer Eindrücke:

Es gibt *keine* Reaktionsweise eines Menschen, der man gewissermassen schon von weitem ansehen könnte, dass sie der Ausdruck einer neurotischen Charakterbildung ist. Das gesamte Verhaltensrepertoire, das einen Menschen charakterisiert und das er zur Verfügung hat, um Lebensschwierigkeiten zu bewältigen, um Bindungen und Kontakte einzugehen, um Pläne zu verwirklichen oder um Gefahren auszuweichen, kann zum sogenannten ‚normalen‘ allgemein menschlichen Verhalten gehören. Wenn wir wissen wollen, ob wir es mit einem neurotischen Element in dem Persönlichkeitsmuster eines Kranken zu tun haben, dann müssen wir ausfindig machen, ob es sich

um Reaktionsweisen handelt, die *unverschieblich* sind und die als *erstarrtes Verhaltensstereotyp* so fixiert sind, dass sie sich auch in Situationen melden, in denen sie nutzlos oder gar nachteilig und unangemessen sind. (S. 35)

Als eine diagnostische Informationsquelle von vielen, auf die zu achten es sich lohnt, hat die Anfangsszene also durchaus ihre Berechtigung, zum Beispiel wenn sie eingebettet in weiteres klinisches Material als Teil der szenischen Evidenz behandelt wird.

6.2.2 Die therapeutische Funktion des psychoanalytischen Erstgesprächs

«Ein Erstgespräch ... sollte für den Patienten immer auch ein therapeutisches Gespräch sein. Und so ist es die Aufgabe des Analytikers, die analytische Beziehung zum Patienten zu *initiiieren* und gleichzeitig zu *erproben*» (Eckstaedt, 1996, S. 14). Neben seinem diagnostischen Nutzen ist die Initiierung einer ersten therapeutischen Erfahrung vor allem für zwei Aspekte von wesentlicher Bedeutung: Zum einen um festzustellen, ob man mit diesem Gegenüber zusammenarbeiten möchte, und zum anderen, damit sich dieses frei entscheiden kann, ob es sich dieser psychotherapeutischen Behandlungsform mit dieser bestimmten Fachperson anvertrauen will.

6.2.2.1 Therapeutische Einschätzung der Zusammenarbeit

Ein Erstgespräch in seiner therapeutischen Funktion hat zunächst folgendes Ziel: Es gilt zu evaluieren, ob eine bestimmte Person für eine bestimmte Behandlung überhaupt geeignet ist. «The psychoanalyst must, in the broadest terms, assess the capacity of the patient to make use of psychoanalysis, and in particular the psychoanalytic setting that would be available to be allocated» (Crick, 2012, S. 44). Was Crick hier in Bezug auf die Psychoanalyse rät, gilt für jedes andere psychotherapeutische Verfahren und Setting gleichermassen. Ziel eines jeden Erstgesprächs ist zunächst und vor allen Dingen sicherzustellen, dass die ratsuchende Person aufgrund der therapeutischen Behandlung keinen körperlichen oder seelischen Schaden erleiden wird. Es gibt Menschen, für die gewisse psychotherapeutischen Ansätze im besseren Falle keinen Nutzen und im schlechtesten sogar Schaden bringen. Es ist einfach nachzuvollziehen, dass eine Überprüfung dessen am besten erreicht wird, indem man das Gegenüber der jeweiligen Methode testweise und mit Vorsicht unterzieht: «As an analyst I would only give the patient a vague 'taste' of what emerges, what I suspect or sense from our interaction: we are still, after all, in a preliminary phase of the consultation, where I am testing the conditions

for a potential journey together» (Ferro, 2012, S. 265–266). Erst dann kann das Gespräch sich in Richtung einer umfassenderen Exploration vertiefen, in der sich weisen wird, ob der zur Diskussion stehende therapeutische Ansatz der optimale ist.

Eingeschlossen in diese Einschätzungen sind auch Erwägungen, ob man mit einer bestimmten Person auf (möglicherweise) lange Zeit zusammenarbeiten möchte. Damit die Therapie nicht zu einer qualvollen Pflichtübung verkommt, muss man sich mit dieser Person irgendwie verbunden oder in Übereinstimmung fühlen können (Ogden, 1992):

Among the multiplicity of the factors that go into making this determination is the question of whether I feel that I generally like the patient and feel some concern for and interest in him. [...] I believe that the analytic task is difficult enough without attempting to build the analytic edifice upon a foundation of a powerful negative countertransference (or an intense negative transference). (S. 228)

6.2.2.2 Der ratsuchenden Person eine Einschätzung des psychoanalytischen Arbeitens ermöglichen

Das Erstgespräch als therapeutische Begegnung hat die Aufgabe, dem Patienten eine erste Erfahrung zu ermöglichen, auf welches Verfahren er sich einlässt und was eine psychoanalytische Therapie für ihn bedeuten kann. Es bedeutet, „dem Patienten eine Einsicht zu vermitteln, warum der Weg des Verstehens von eigenem Unbewussten sinnvoll ist“ (Ferro, 2012, S. 14). Aufgrund dieser Erfahrung im Erstgespräch sollte dieser schliesslich selbst die Entscheidung treffen können, ob er eine psychoanalytisch orientierte Behandlung aufgreifen will und sich befähigt sieht, sich «mit den unvermeidlichen Realisierungsproblemen auseinanderzusetzen» (Thomä & Kächele, 2006a, S. 199), das heisst ob er bereit ist zu erfahren, was in ihm vorgeht oder vorgegangen ist «und welche Beiträge er selbst zu seinem Schicksal geleistet hat» (ebd., S. 199). Was es bedeutet, eine psychoanalytischen Behandlung auf sich zu nehmen, beschreibt Greenberg (2002) mit leicht sarkastischem Unterton:

... a belief, shared by all analysts and by few other members of our culture, that spending a great deal of time in thinking about what is going on inside of us, dredging up repudiated elements of what we think and feel, opens the possibility of radically transforming our lives for the better. (S. 659)

6.3 Der Ablauf psychoanalytischer Erstgespräche

Das klassische *psychoanalytische Interview*, hier synonym das *psychoanalytische Erstgespräch*, um welches es im Rahmen dieser Arbeit geht, ist weithin die gängigste Form des Erstkontaktes zwischen Ratsuchenden und psychoanalytischen Therapeut/innen. Sein Ablauf wird durch Vorannahmen und erste Eindrücke, die (institutionellen) Rahmenbedingungen, unter denen das Erstgespräch stattzufinden hat sowie der zeitliche Horizont des einzelnen Gesprächs beziehungsweise der gesamten Abklärung geprägt. Mit Blick auf seinen Zweck, nämlich einen Zugang zum unbewussten Geschehen zu ermöglichen, wird das eigentliche Gespräch betont offen gestaltet. Die Form, die es dabei annehmen kann, ist wahrscheinlich stärker von den Eigenheiten der daran Beteiligten als von behandlungstheoretischen Anweisungen geprägt.

Das Gespräch mag dann beginnen, wenn sich zwei Menschen gegenüber sitzen – die eigentliche Begegnung jedoch findet bereits früher statt. Kestenberg (2012) unterteilt das Erstgespräch darum in drei Teile: Vor, während und nach dem Gespräch (*before, during, after*).

6.3.1 Vor der eigentlichen Konversation

6.3.1.1 Vorannahmen und erste Eindrücke

Zu einer guten Vorbereitung gehöre es laut Kestenberg (2012), die Erwartungen, Vorannahmen und Ängste, die das Gegenüber vor dem Gespräch entwickelte, zu antizipieren. Bereits die Stimme der Therapeutin oder des Therapeuten auf dem Anrufbeantworter und am Telefon oder eine individuell gestaltete Praxiswebsite werden der ratsuchenden Person einen ersten Eindruck von dem vermittelt haben, was in einem Gespräch auf ihn oder sie zukommen mag. Vielleicht meldet sie sich aufgrund einer Empfehlung und weiss aus Schilderungen über die Person und den Stil der Therapeutin bzw. des Therapeuten, was sie erwarten wird. Ebenso wird der oder die Therapeut/in bereits erste Vorfeldeinschätzungen vorgenommen haben: Beim Hören der Stimme am Telefon und je nachdem, wie das Telefonat zum Zwecke der Terminvereinbarung abgelaufen sein mag, oder, heute öfters üblich, nach Ausgestaltung der dem Gespräch vorausgehenden E-mail-Konversation. Auch die erste Begegnung vor Gesprächsbeginn beeinflusst das Miteinander wesentlich: Alter, Geschlecht und Aussehen des Gegenübers beim ersten persönlichen Kontakt lösen neue subjektive Gefühle aus; der Empfang in den Praxisräumlichkeiten, die Ausgestaltung des Wartezimmers, die Begrüssung und

der gemeinsame Gang zum Therapieraum fügen dem Bild vom Gegenüber weitere Aspekte hinzu. Solche Vorannahmen und ersten Eindrücke werden indes nur selten verbalisiert, zumal sie oft zunächst unbewusst bleiben.

Ein Beispiel zur Verdeutlichung, wie Vorfeldphänomene bereits zu ersten Vorannahmen führen, findet sich bei Doering und Schüssler (2004):

Die Arzthelferin spricht den Therapeuten nach einem Besuch bei seinem Hausarzt an: "Dürfte ich Sie noch etwas Privates fragen? Sie sind doch Psychotherapeut – meine Mutter hat schon so lange Probleme, sie ist depressiv und hat viele Ängste. Wir sagen ihr seit Jahren, sie solle etwas unternehmen, aber von allein geht sie nicht. ..." ... Es entsteht das Gefühl, manipulativ in ein Spiel hineingezogen zu werden; der Therapeut phantasiert die Patientin einerseits als dicke Frau, die zu Hause im Sessel sitzt, ihre Symptomatik dazu benutzt, ihr Umfeld für sich arbeiten zu lassen, und auf diese Weise sowohl Entlastung als auch Zuwendung bekommt. Andererseits tauchen Bilder einer völlig hilflosen, unselbständigen älteren Frau auf, ... die Hilfe nicht annehmen kann. (S. 6-7)

Hinzu kommen Vorannahmen, die nichts mit der subjektiven Persönlichkeit der Therapeutin oder des Therapeuten zu tun haben, sondern sich auf allgemeine Vorstellungen 'einer Therapeutin' oder 'eines Therapeuten' beziehungsweise 'einer Ärztin' oder 'eines Arztes' berufen. Wie in Kapitel 5.2 erläutert, kann bei weitem nicht davon ausgegangen werden, dass besagte Vorannahmen nur positiver Natur sind. Negative Erwartungen an Nutzen und Risiko des therapeutischen Angebots, also etwa die Befürchtung missverstanden, verurteilt oder sogar ignoriert zu werden, das Unwissen über berufsethische Richtlinien (z. B. die Schweigepflicht betreffend) oder Vorurteile der psychoanalytischen Behandlungstechnik gegenüber mögen in der ersten Begegnung ebenfalls mitschwingen. Gerade das Vorwissen zur psychoanalytischen Behandlung kann je nach Bildungsgrad beträchtlich variieren.

6.3.1.2 Das Problem als 'carbon copy'

Wie Evelyne Kestemberg in ihrem lesenswerten Buchbeitrag von 2012 herausstreicht, beginnt die erste Auseinandersetzung mit dem Thema, das Ratsuchende in ein erstes Gespräch bringt, natürlich schon vor besagtem Gespräch. Möglicherweise haben sie ihr Problem oder ihr Anliegen bereits einem Allgemeinpraktiker geschildert, vielleicht mit Familienmitgliedern oder Freunden/innen diskutiert. Sicher aber haben sie das psychotherapeutische Erstgespräch, noch bevor es stattfindet, in ihrer Vorstellung 'nachgespielt'; Ratsuchende kommen folglich

'vorbereitet' in das Gespräch: «What the patient says may be entirely preordained, a kind of 'carbon copy' of what he or she has recited on many earlier occasions, to other specialists or to him or herself» (S. 55).

6.3.1.3 Veränderungswünsche

Kestemberg (2012) betont, dass in erster Linie die Hoffnung auf Veränderung einen Menschen in ein psychotherapeutisches Erstgespräch führt. Sogar bei vermeintlich 'geschickten' Personen, die ihre Passivität deutlich kenntlich machen, sowie bei solchen, die das gesamte Erstgespräch in Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit zu tauchen vermögen, zeigt alleine der Umstand des Erscheinens einen ausreichenden aktiven (mehr oder minder versteckten) Veränderungswunsch an. Dieser sollte entsprechend gewürdigt werden. Bei Kestemberg wird die (wenngleich nicht explizit ausgedrückte) Orientierung am Patientenanliegen erkennbar: Es gilt, die Wünsche und Erwartungen der Patient/innen wahrzunehmen, auch wenn diese womöglich nicht in Richtung einer Psychotherapie zielen. Indem so vorgegangen wird, ist ein konstruktives Eingehen auf das Gegenüber möglich, und es finden sich vielleicht trotzdem Überschneidungen in der Suche nach Lösungsstrategien.

6.3.1.4 Übertragungsgefühle

Ogden (1992) weist auf die Übertragungsangst als weitere Vorbedingung hin, die von Therapeuten/innen oftmals unterschätzt beziehungsweise ignoriert wird. Neben den offensichtlichen Erwartungen, die an sie gestellt werden – zum Beispiel dass sie in der Erfassung und Therapie seelischen Leidens kompetent ausgebildet sind, einem also 'geholfen' wird –, werden sie bereits vor dem ersten Treffen zu Objekten der Übertragungsgefühle. So werden sie mit unbewussten Erwartungen und Wünschen eingedeckt, sie mögen zum Beispiel eine heilende Mutter, ein Übergangsobjekt (wie bei Kindern üblich) oder der ersehnte ödipale Elternteil sein. Diesen unbewussten Übertragungswünschen wohnt gleichzeitig auch die Angst vor der Enttäuschung derselben inne, eben dass der oder die Therapeut/in sich nicht wie erhofft verhalten wird. In Anbetracht der abstinenter therapeutischen Haltung, die Teil der analytischen Behandlungstechnik ist, wird eine gewisse Frustration der Übertragungswünsche unvermeidbar sein. Anstatt sie sogleich lindern zu wollen, eröffnet sich die Möglichkeit, sie zu bearbeiten, sodass die ratsuchende Person auf eine analytische Weise mit sich in Kontakt zu

treten lernt und erfährt, dass die Übertragung als ihr individuelles Beziehungsmuster zu ihr gehört.

6.3.2 Rahmenbedingungen

Die Situation des Erstgesprächs unterscheidet sich massgeblich, je nachdem, in welchem (institutionellen) Rahmen es stattfindet: Eine Person, die sich bei der therapeutischen Abklärungsstelle einer Institution anmeldet, hat die Erwartung, dass eine Überweisung zu einem/r niedergelassenen Therapeuten/in das wahrscheinlichste Szenario sein wird. Von Beginn weg ist also die Gesprächssituation ein 'Drei-Personen-Szenario' mit einer im Gespräch anwesenden Fachperson, der ratsuchenden Person und dem/der potenziellen anderen, abwesenden und noch unbekannten, zukünftigen Therapeut/in (Crick, 2012, S. 42). Es ist immanent wichtig, diese Unterscheidung, dass man ausschliesslich für die Abklärung zur Verfügung steht, kenntlich zu machen. Besagter Umstand hat Auswirkungen auf die Übertragungsbeziehung, die sich nicht in derselben Tiefe manifestieren sollte wie im Gespräch mit dem/der eigentlichen, zukünftigen Therapeut/in. Eine unerwartete Absage an die Weiterführung der Gespräche könnte ansonsten subjektiv als Zurückweisung aufgenommen und als kränkend erlebt werden. Es soll verhindert werden, dass bei der ratsuchenden Person das Gefühl entsteht, sie müsse nun mit dem/der ungeliebten (weil unbekannten) Dritten vorlieb nehmen, nachdem sie sich doch so gut mit dem/der Abklärungstherapeut/in verstanden hat. Huber et al. (2000) verstehen den optimalen (Abklärungs-)Therapeuten einer psychotherapeutischen Ambulanz «als einen Katalysator im Prozess der Therapiefindung, der in den Austausch aktiv eintritt, dann aber wieder zurückgelassen werden kann. Anders ausgedrückt: Ambulanzpatienten sollten sich nicht an den Therapeuten, sondern an seinen Rat, gebunden fühlen» (S. 155).

6.3.3 Der zeitliche Horizont

Empfehlungen und Angaben zum zeitliche Rahmen eines Erstgesprächs variieren je nach Institution, theoretischer Ausrichtung und konkreten Erfordernissen. Eine ärztliche Visite in einer Klinik wird oftmals auf 20 Minuten anberaumt. In der niedergelassenen Praxis sind 45 bis 60 Minuten Usus, das Gespräch kann aber auch auf 90 Minuten ausgedehnt werden. Nach Schweizer Standards ist Letzteres die maximal verrechenbare zeitliche Einheit für ein Gespräch bei delegierter psychotherapeutischer Behandlung in der Arztpraxis (TarmedSuisse, 2008).

Die Dauer der gesamten psychotherapeutischen Abklärung wird ebenfalls nicht klar definiert. Empfehlungen variieren von ein bis maximal zwei Gesprächen bis hin zu vier bis sechs Sitzungen. Letztere Empfehlung lässt Parallelen zu Freuds Konzeption der 'Probebehandlung' erkennbar werden. In Deutschland sind für die Phase der Abklärung und des gegenseitigen Kennenlernens sogenannte *probatorische Sitzungen* vorgesehen, die anderen kassenärztlichen Bestimmungen unterliegen als die eigentliche Therapie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016).

So oder so zeigt sich in der Unschlüssigkeit bezüglich der Ausführlichkeit von Abklärungen das Dilemma zwischen dem Wunsch nach einer besonders präzisen Evaluation und der Notwendigkeit, die sich entfaltende und sich mit der Zeit verstärkende Bindung an den/die abklärende/n Therapeut/in soweit zu begrenzen, dass eine allfällige Weiterverweisung gelingen kann:

The more the analyst gets involved in order to bring some life to the encounter and make it somewhat more dynamic, the less clear is the assessment, because it has more to do with the attraction exerted by the analyst than that of the situation and the analytical method themselves. (Jean-Luc Donnet in Donnet & de M'Uzan, 2012, S. 128–129)

Oder mit Klauber (1981) :

The consultant cannot and should not conduct a miniature analysis. If he did, it would either overwhelm the patient or attach him too much to his person at the expense of the smooth evolution of the transference to his eventual analysis. But successful consultation can offer enough tentative explanation and interpretation to give the patient a glimpse of the emotional and intellectual processes involved without unduly seducing him. (S. 143)

Da fixe Regeln und Kriterien die Sache analytischer Theoretiker nicht sind und, wie Klauber (1981) treffend warnt, allzu rasch in einer «unpleasant combination of the dogmatic and the banal» (S. 148) zu resultieren drohen, muss sein einfach gehaltener, aber nicht banaler Kommentar reichen, um die Frage der Dauer einer Abklärung zu begründen: Sie finde dann ein Ende, wenn der Eindruck entstanden sei, das Problem im Wesentlichen erfasst zu haben und festgestellt werden könne, dass der oder die Patient/in mit dem, was ihm oder ihr rückgemeldet wurde, zufrieden sei.

Idealerweise sollten gegen Ende der Abklärung die weiteren Schritte bezüglich einer therapeutischen Behandlung diskutiert werden. Auch hier gehen die Meinungen bezüglich der Ausführlichkeit der Empfehlungen auseinander. Inwieweit das zukünftige Setting (Psychoanalyse oder psychoanalytische Psychotherapie, Frequenz, Bezahlung usw.) bereits in der Abklärung thematisiert wird, hängt unter anderem auch von der Dauer und Ausführlichkeit der gesamten Abklärung ab sowie davon, ob die ratsuchende Person danach weiterverwiesen werde oder nicht. Balint und Balint fassen diese Flexibilität in technischen Detailfragen unter dem Begriff der *elastischen Interviewtechnik* (Balint & Balint, 1962; zit. nach Thomä & Kächele, 2006a, S. 199): Auf verschiedene Patienten soll unterschiedlich reagiert werden.

6.3.4 Der strukturelle Ablauf innerhalb des Gesprächs

6.3.4.1 Organisation und Bedeutung des Gesprächsbeginns

Welche Form das Gespräch annehmen wird, hängt bei seiner offen gestalteten Organisation stärker von den Eigenheiten der Gesprächsteilnehmer/innen und der Wechselwirkung zwischen ihnen ab, als von den wenigen behandlingstechnischen Vorgaben.

Wilke (1992) vermerkt in ihrer inhalts- und gesprächsanalytischen Studie zu Eröffnungen psychoanalytischer Erstgespräche, dass Klient/innen regelhaft den Therapeut/innen gestatten, als 'autorisierte Starter' den Dialog zu beginnen. «Wir können von initialen Identifizierungsvorgängen sprechen, mit denen sich die Sprecher implizit verdeutlichen, welche Position sie selbst einzunehmen gedenken und welche sie dem jeweils anderen zuerkennen» (ebd., S. 341). Diese interaktive Herstellung asymmetrischer Machtverhältnisse, die von den Beteiligten nur selten explizit thematisiert werden, beschreibt auch Grimmer (2014): Die Therapeuten würden für gewöhnlich den ersten Redezug für sich beanspruchen, ein Privileg, dass ihnen von Patienten in der Regel auch nicht streitig gemacht werde. Es lässt sich daraus folgern, dass die impliziten, vielleicht auch institutionalisierten Rollenerwartungen in Beratungs- und Therapiegesprächen, wahrscheinlich geprägt durch die Tradition klassischer Arzt-Patient-Interaktionen, sich über die Jahrzehnte nicht speziell gewandelt haben. Spätestens mit der Initialfrage nach dem Grund des Kommens würden Therapeut/innen im Erstgespräch über die interaktive Dominanz der Gesprächssteuerung im Hinblick auf die Verteilung von Rederechten und -pflichten verfügen. Die Rollen und Aufgaben würden sich dann in dieser Art und Weise weiter ausdifferenzieren: Die ratsuchende Person spricht über die eigenen

Probleme, und die Fachperson verfolgt eine aktive Gesprächsführung mit dem Ziel der Selbstthematisierung des Gegenübers. Diese Machtverhältnisse des ersten Kontakts und der ersten interaktiven Muster scheinen oft lange im Gespräch erhalten zu bleiben (Strupp, 1996; Streeck, 2004; zit. nach Grimmer, 2014, S. 55).

Von Bedeutung ist auch die Ausdrucksweise der Initialfrage (Künzler & Zimmermann, 1965): Relativ neutrale Formulierungen wie «was führt Sie zu uns?» oder «was führt Sie her?» lassen die Äusserungen der Klient/innen sich am ungestörtesten entfalten. Ein «womit kann ich Ihnen dienen» hingegen führt häufig zu einer spontanen aggressiven bzw. abweisenden ersten Reaktion wie zum Beispiel «das weiss ich auch nicht», «die Frage möchte ich zurückgeben», «auf dem Zettel steht alles, Sie wissen ja besser Bescheid», «ich habe keine Ahnung» oder «ich weiss nicht, ob ich hier richtig bin» (ebd., S. 76). Die Autoren begründen dies folgendermassen: «Die Eröffnung 'womit kann ich dienen?' ... beinhaltet ein massives Angebot des Arztes, nicht selten geradezu eine Unterwerfung, die auch häufig als solche vom Patienten empfunden und entsprechend beantwortet wird» (S. 74). Das Fazit der Studie lautet folgendermassen: «Je spezifischer die erste Frage des Arztes, desto spezifischer die Reaktion und Antwort des Patienten, desto mehr sind sie weiteren Schritte des Interviews festgelegt – und in einem solchen Falle zweifellos vom Arzt» (S. 76).

Doch nicht nur die Therapeut/innen geben mit ihrer Gesprächsinitiierung den weiteren Dialog vor, natürlich tragen auch Klient/innen ihre ganz eigene Gesprächsgestaltung bei. Wie sie auf die Initialfrage reagieren, gibt «Aufschluss über das jeweilige Interaktions- und Beziehungsangebot und letztendlich die Persönlichkeitsstruktur» (Wilke, 1992, S. 287-8).

6.3.4.2 Handlungsanweisungen zur Gesprächsstrukturierung

Eine möglichst neutral gehaltene Initialfrage bietet der ratsuchenden Person gleich von Beginn weg die Gelegenheit, ihre Antwort an das noch unbekannte Gegenüber selber zu gestalten. Indem der Therapeut das psychoanalytische Erstinterview also zunächst als offenen und unstrukturierten Handlungsdialog begreift, wird ein Zugang zur aktuellen unbewussten Dynamik in der Zwei-Personen-Beziehung zwischen Patient und Therapeut möglich (Laimböck, 2000, S. 19). Dafür räumt es dem Klienten oder der Klientin vor allem im ersten Teil konsequent den Spielraum zur Entfaltung seiner oder ihrer unbewussten Thematik ein. Dies eröffnet Raum für vielfältige Projektionen, Erwartungen, Wünsche und Ängste aufseiten des Pa-

tienten und in geringerem Ausmass auch des Therapeuten. Wichtigstes Ziel dieser Art der Gesprächsorganisation ist es, die Entfaltung der Übertragungsbeziehung zu ermöglichen (David, 1998). Die Therapeutenseite lässt sich in dieser ersten Gesprächsphase wiederum durch eine Haltung zwischen Teilhabe und Beobachtung und die Enthaltung jeglicher strukturierenden Massnahme charakterisieren. Dieses Vorgehen geht auf Balints in Kapitel 6.1.3.1 erwähntes *diagnostisches Interview* zurück.

Im zweiten Gesprächsteil bestimmt der oder die Klient/in zwar weiterhin den Gesprächsverlauf, «jedoch beginnt der Analytiker mit einer Eigenaktivität, der Umsetzung der psychoanalytischen Methode in Form von Interventionen» (Laimböck, 2000, S. 53). Dazu gehören letzten Endes auch psychoanalytische Interventionen wie das Spiegeln der eigenen Wahrnehmung und Gedanken oder die Deutung. In diesem Zusammenhang wird auf die besondere Verantwortung des oder der Therapeut/in im Erstgespräch verwiesen: Es ist möglich, dass es bei einer Begegnung bleibt. Somit erhält er oder sie vielleicht nur diese eine Gelegenheit, der ratsuchenden Person Einsicht in ihre unbewussten Regungen zu geben. Noch wichtiger aber erscheint, dass Missverständnisse womöglich nicht in einer nächsten Sitzung korrigiert werden können; missverständliche oder gar kränkende und verletzende Interventionen sind tunlichst zu vermeiden.

Die letzte Gesprächsphase lässt auch Raum für gezieltes Nachfragen. Überhaupt wird empfohlen, zum Ende hin eine Zeitspanne einzuräumen, in der noch offene, relevante Informationen zur Ermittlung der deskriptiven Diagnose sowie zur biographischen Anamnese eingeholt werden können (Doering & Schüssler, 2004; Laimböck, 2000). Dies macht ausserdem Sinn, um die doch ungewöhnliche Gesprächssituation auf eine konventionellere Art abzuschliessen, sozusagen den Übergang in den Alltag zu ermöglichen. Dazu passt, auf gewöhnliche Art und Weise Auskunft über die Einschätzung vom Gegenüber und seiner Leidenssituation und die dafür geeignete Behandlung zu geben.

6.3.4.3 Die eigentliche Diagnostik erfolgt nach dem Gespräch

Als praktikable und erkenntnistheoretisch sauberste Lösung schlägt Laimböck (2000, S. 17) die Trennung zwischen dem Führen des Erstgesprächs und dem anschliessenden Diagnostizieren vor, um der Gefahr vorzugreifen, beim ständigen Oszillieren zwischen den beiden Perspektiven nicht mehr zu wissen, wann theoriegeleitet und wann szenisch vorgegangen wird.

David (1998) umschreibt ebenfalls die Dringlichkeit, während des Erstgesprächs verfügbar zu bleiben und lieber Abstriche im Erkenntnisprozess einzugehen:

Pris dans le processus multiforme et variable, parfois laborieux, de l'entretien d'investigation, l'analyste n'aura guère le loisir de se formuler à lui-même de façon abstraite et précise la problématique qui se dessine peu à peu. Il ne va pas *in petto* travailler quelque contrepoint métapsychologique ni même technique mais consacrer son énergie à rester disponible continûment, quels que puissent être ses efforts de compréhension et ses réactions affectives. Ce n'est que rétrospectivement et pour les besoins de la mise en perspective pour soi-même ou du compte rendu, de l'exposé didactique, de l'élaboration distanciée qu'il traduira éventuellement en terme théoriques le tracé de l'expérience immédiate. (S. 89)

6.3.4.4 Abgrenzung zu anderen psychoanalytisch orientierten Erstgesprächen

Mit den sich in der Geschichte der Psychotherapie verändernden Rahmenbedingungen, in denen (Erst-)Gespräche stattfanden, wurde deren stete Reflexion zu einer Notwendigkeit. In der Folge entstanden innovative Weiterentwicklungen des psychotherapeutischen Erstgesprächs in verschiedene Typen und Gestalten. Es entstanden Interviewtechniken, die in Abgrenzung zum in dieser Arbeit untersuchten *psychoanalytischen Erstgespräch* als *psychoanalytisch orientierte Interviews* bezeichnet werden: Zu erwähnen ist als Beispiel dafür das *strukturelle Interview* nach Kernberg (1985) zur Erfassung der Psychopathologie, Psychodynamik und Struktur der Persönlichkeit (Ich-Struktur), insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Es hat sich vor allem im Forschungsbereich etabliert und wird teilweise im stationären Kliniksetting in psychoanalytisch geführten Psychotherapiestationen für Borderline-Patient/innen angewendet. Das im deutschsprachigen Raum bekannteste psychoanalytisch orientierte Interview ist das (halbstrukturierte) diagnostische Interview zur *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD-2* (Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, 2006), das in Deutschland auch für Krankenkassenanträge hinzugezogen wird. Wie der Name bereits sagt, erfolgt eine Operationalisierung psychoanalytischer Konstrukte (Beziehung, Konflikt, Struktur), welche die Einschätzung und Klassifikation der im Erstgespräch gemachten Beobachtungen ermöglicht und die wiederum handlungsleitend wirken. Das Vorgehen im Erstgespräch orientiert sich daran, was erfasst werden will. So sind zum Beispiel Schilderungen von Beziehungssituation explizit zu erfragen, um zu den für die OPD-Diagnostik notwendigen Informationen zu gelangen. Wie der Name schon sagt, bildet die Diagnostik das Herzstück der OPD. Die Sichtweise der Klient/innen auf

ihren Zustand ist insofern zweitrangig. Eine Testfrage (aus dieser umfassenden Diagnostik) bezieht sich darauf, ob eine Person über ein mehr an somatischen, psychischen oder sozialen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept vorweist, eine zweite Testfrage, ob sie sich – in Anlehnung daran – eher eine körperliche, psychotherapeutische oder sozialarbeiterische Behandlung wünscht (siehe 'Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen' in der OPD-2). Es wird rasch ersichtlich, dass ein halbstrukturiertes Diagnosesystem nicht zur umfassenden Erhebung und Aushandlung des Anliegens und zur Positionierung des Gegenübers als ebenbürtigem Gesprächspartner taugt.

6.4 Spezifisch psychoanalytische Aspekte der Gesprächsführung

Der Person, die sich zum ersten Mal in ein psychoanalytisches Gespräch begibt, wird bald auffallen, dass sich das Erstinterview von einem Alltagsgespräch unterscheidet. Vielleicht wird sie eine Befragung in der Art der gewohnten ärztlichen Exploration erwarten und – positiv oder negativ – überrascht einer ungewohnt zurückhaltenden Therapeutin gegenüber sitzen, die das Gespräch nur minimal lenkt, hingegen viel Raum zur eigenen Entfaltung lässt.

... l'analyste impose une non-réciprocité et une foncière dissymétrie dans le dialogue (si réduit puisse-t-il se trouver il y en a inéluctablement un). Le patient est sollicité à parler, à s'exprimer le plus fidèlement possible tandis que l'analyste non seulement ne dira rien de lui mais tamisera – c'est devenu sa second nature – toute émanation personnelle. (David, 1998, S. 93)

David spricht hier verschiedene Aspekte psychoanalytischer Gesprächsführung an wie die Regeln der freien Assoziation und gleichschwebenden Aufmerksamkeit, die therapeutische Grundhaltung der Abstinenz und Neutralität oder die auf Gesprächsebene sich vollziehende Aushebelung der Konventionen der Alltagskommunikation. Diese Elemente werden im Folgenden kurz beleuchtet.

6.4.1 Die Grundregeln: Gleichschwebende Aufmerksamkeit und freie Assoziation

Die technische Grundregel der gleichschwebenden Aufmerksamkeit wurde noch von Freud eingeführt und meint, dass der Therapeut oder die Therapeutin seinem Gegenüber möglichst ohne eigene Präferenzen zuhören soll, also ohne bestimmte Inhalte in den Äußerungen stärkere Aufmerksamkeit zu widmen als anderen. «Man halte alle bewussten Einwirkungen von seiner Merkfähigkeit ferne und überlasse sich völlig seinem 'unbewussten Gedächtnisse',

oder rein technisch ausgedrückt: Man höre zu und kümmere sich nicht darum, ob man sich etwas merke» (Freud, S., 1912/1996a, S. 378).

Das zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit komplementäre Prinzip auf Klient/innen-Seite ist das der freien Assoziation (Hartkamp, 2004). Sie wird oft auch als 'therapeutische Grundregel' bezeichnet. Ihre Vorgehensweise ist in Kapitel 6.1.1.3 beschrieben. Sie beinhaltet im Grunde die Aufforderung an die Klient/innen, möglichst freimütig zu erzählen und auch nicht auszulassen, was für sie mit unguten Gefühlen verbunden sein könnte. Inwiefern diese Regel bereits zu Beginn des Erstgesprächs eingeführt werden kann, ohne für allzu grosse Irritationen zu sorgen, wird kontrovers diskutiert (Wegner, 2014).

6.4.2 Die Grundpfeiler der therapeutischen Haltung: Abstinenz und Neutralität

Über die Grundpfeiler der psychoanalytischen Haltung, Abstinenz und Neutralität, wurde in den vergangenen 100 Jahren ausgesprochen viel geschrieben. Dieses Kapitel enthält somit einen nur holzschnittartigen Überblick über diese beiden Themen.

6.4.2.1 Abstinenz

Die psychotherapeutische Beziehung ist in hohem Masse asymmetrisch, das heisst von einem Machtgefälle geprägt (Grimmer, 2014). Menschen, die sich in Psychotherapie begeben, befinden sich in Lebenskrisen und oft in einem Zustand der Schwäche und des mangelnden Selbstvertrauens. Sie schreiben den Fachpersonen ein hohes Mass an Kompetenz zu und vertrauen darauf, ohne dass sie es beurteilen können (mangelnde Erfahrung zur Beurteilung der Qualität eines Therapeuten). Sehr rasch entwickelt sich so ein Abhängigkeitsverhältnis. Um dieses nicht auszunutzen, wurde die Abstinenzregel geschaffen. Sie besagt, dass Therapeut/innen darauf verzichten, eigene Bedürfnisse in der Beziehung zu ihren Patient/innen zu befriedigen. Dies gilt nicht nur für offensichtliche (z. B. intim-sexuelle) Beziehungen, sondern auch für versteckte Formen der Befriedigung (z. B. narzisstische, aggressive, auf orale Versorgung zielende, nach wirtschaftlichen Vorteilen oder nach Macht und Einfluss strebende Bedürfnisse). Dies bringt auf der Ebene des Gesprächs mit sich, dass sich ein/e Therapeut/in relativ stark zurückhält (auch das Bedürfnis zu 'plaudern', es miteinander 'nett' zu haben oder seine Meinung zum Besten zu geben, fällt unter die Abstinenzregel). Vergegenwärtigt man sich als Therapeut/in, dass es in der konkreten therapeutischen Situation 'nicht um

mich geht', so fallen tatsächlich viele Handlungen weg; vieles, was man sonst gerne ausspricht, ist nicht mehr relevant, wenn man sich tatsächlich voll auf sein Gegenüber ausrichtet.

Die Abstinenzregel zielt aber auch darauf ab, dass auch die Klientinnen und Klienten ihre (Trieb-)Bedürfnisse und Wünsche nicht einfach befriedigen können. Ziel ist vielmehr, diese (unbewussten) Wünsche bewusst werden zu lassen und so einer anderen, reflektorischen Bearbeitung zugänglich zu machen. «Eine abstinente Haltung in diesem Sinne hiesse beispielsweise, einem Patienten, der aufgrund eines ungelösten Konflikts zwischen Wünschen nach Selbstständigkeit und Abhängigkeitsbedürfnissen versucht, Entscheidungen an den Analytiker zu delegieren, die Ambivalenz nicht abzunehmen, sondern diesen Wunsch der Delegation zu benennen, ihn dadurch bewusst werden zu lassen und dem Patienten zur Lösung zurückzugeben» (Grimmer, 2014, S. 69).

6.4.2.2 Neutralität

(Technische) Neutralität wird mit Anna Freud (Freud, A., 1936/1984) als 'Unparteilichkeit' verstanden. Sie besagt, dass die psychoanalytische Arbeit «von einem Standpunkt aus zu machen ist, der von Es, Ich und Über-Ich gleichmässig distanziert ist» (S. 25). Damit ist in Bezug auf die Therapieziele gemeint, dass Therapeut/innen nicht auf die Gewinnung von Möglichkeiten zur Befriedigung von Wünschen und triebhaften Bedürfnissen (wie zum Beispiel die Osho-Sekte; Stichwort: Sexuelle Befreiung) oder auf eine reifere Norm- oder Wertorientierung (wie Pfarrer/innen) hinarbeiten sollen. In der heutigen Tendenz zur Anpassung und Normierung des Individuums an gesellschaftliche Anforderungen betrifft dies aber in erster Linie die Wertneutralität in Richtung des 'Ich'. Psychotherapie zielt oftmals auf die gut gemeinte, aber wenig reflektierte Arbeit an den 'Ich'-Kompetenzen (verbesserte Problemlösekompetenzen, verbesserte Wahrnehmung interpersonell schwieriger Konstellationen, verbesserte Wahrnehmung von und kompetenterer Umgang mit eigenen Affekten). So werden Menschen mit dem sogenannten Burnout rasch wieder 'funktionstüchtig' gemacht, damit sie den gesellschaftlichen Anforderungen weiterhin entsprechen können. Nicht reflektiert wird hingegen, dass womöglich nicht das Individuum, wenngleich Symptomträger, 'krank' ist, sondern die es umgebende Gesellschaft. Psychotherapie bedeutet in dieser Haltung der Neutralität nicht die Erziehung zu einem angepassteren Menschen. Neutralität auf Gesprächsebene zeichnet sich durch die «nicht-wertende Einstellung des Analytikers zu den Einfällen und Produktionen seines Patienten» (Boothe, 1993, S. 39) aus. Im Sinne des 'Prinzips der Nicht-

einmischung' (ebd., S. 39) bedeutet dies, im Gespräch vielleicht einmal mehr zu schweigen, um nicht zu werten.

Es wird verständlicher, weshalb analytische Therapeut/innen auch im Vergleich zu jenen anderer therapeutischer Verfahren von Beginn weg viel zurückhaltender auftreten, als man sich dies von einem Alltagsgespräch gewohnt ist, wo es zum *courant normal* gehört, sich einzubringen.

6.4.3 Aktives Zuhören und das Aushebeln der Konventionen der Alltagskommunikation

In der analytischen Behandlungstechnik kommt dem aktiven Zuhören und der Empathie (Einfühlung) eine besondere Wichtigkeit zu. Da es immer um den oder die Klient/in geht, ist die therapeutische Rolle als rezeptive Zuhörerin oder rezeptiver Zuhörer von vornherein definiert. Das Zuhören soll jedoch nicht in einer passiven Weise erfolgen, sondern stets mit dem Ziel, einen selbstexplorativen Kommunikationsprozess zu initiieren. Aktives Zuhören zeigt sich auf Verhaltensebene durch Zurückhaltung, Schweigen, Hörsignale, aber auch durch Resonanz, also die Rückmeldung des Verstandenen (Hartkamp, 2004).

Die üblicherweise geltenden Regeln und Strukturen der Alltagskommunikation sind durch die neutrale und abstinente Haltung ausser Kraft gesetzt. Auf Gesprächsebene kann sich dies auch darin zeigen, dass die Frage-Antwort-Regel nicht immer eingehalten wird. Zum Beispiel wird eine Therapeutin, auf ihre private Situation angesprochen oder nach ihrer persönlichen Meinung zu einem Thema gefragt, wahrscheinlich keine direkte Antwort darauf geben, sondern womöglich nett lächeln und abwarten: Schweigen eröffnet eine Leerstelle, wo etwas Neues und Unvorhersehbares entstehen kann. Sie kann die Frage auch 'zurückgeben' (die sog. Gegenfrageregeln; siehe Thomä & Kächele, 2006a, S. 257ff.), zum Beispiel mit 'ist es für Sie wichtig, dass ich Ihre Meinung teile?' oder 'was denken denn *Sie*?'. Häufig nämlich stellen Patient/innen Fragen und heben die Fachperson damit in die Position einer Autorität. Dabei könnten sie ihre Frage selbst beantworten, die Fähigkeiten dazu sind in ihnen angelegt.

6.4.4 Balance zwischen der psychoanalytischen Haltung und den Konventionen des Alltagsgesprächs

Nach den obigen Ausführungen wird dem oder der Leser/in sicher klarer sein, dass die Begegnung mit der psychoanalytischen Haltung zunächst sehr fremd und ungewöhnlich, vielleicht sogar frustrierend sein kann. Das Verständnis für das Konzept der freien Assoziation und den Sinn der psychoanalytischen Gesprächsführung kann nicht vorausgesetzt werden. Vielmehr wird zunächst häufig eine klassische ärztliche Anamnese erwartet. Was man aus dem Alltagsgespräch, zum Beispiel aus Problemgesprächen mit engen Freund/innen kennt, nämlich die urteilende Resonanz und Identifikation mit der leidenden Person (und gerade bei Paarkonflikten auch die solidarische Parteinahme gegen den 'bösen' Partner), fällt im psychoanalytischen Erstgespräch zum Teil weg und kann dazu führen, dass sich Ratsuchende nicht genügend verstanden und emotional aufgehoben fühlen. Die Orientierung am mit der Psychoanalyse unvertrauten Patienten lassen manche Therapeuten denn auch davon abrücken, von Beginn weg alle Regeln einer psychoanalytischen Therapie einzuführen.

«In theory we can read what we like in all these great books on analysis; in practice we have to have the feeling about what the patient can stand. One's behaviour has to be a compromise; one has to have some concern and make some allowances for the patient to whom this is such a frightening experience. I think this is an argument in favour of behaving in a fairly conventional manner to make it easier for patients, who are under a strain anyway, to say whatever they want to say.»
(Bion, 1979/1994, pos. 115–117)

Daher ist es auch Aufgabe des Analytikers, beruhigend einzuwirken, die Stabilität zu wahren und konventionelle Umgangsformen anzuerkennen (Laimböck, 2000, S. 40). Um eine gute, vertrauensvolle Bindung herzustellen, gilt es also, die Balance zwischen einer abstinenten, neutralen Haltung und einer empathischen (einfühlenden), freundlich zugewandten, emotional offenen Haltung zu finden.

6.4.5 Abgrenzung zur psychiatrischen Exploration

Das therapeutische Vorgehen im Gespräch baut auf dem jeweiligen Modell von Krankheit und Gesundheit auf. Dadurch ergeben sich durchaus verfahrensspezifische Unterschiede in der Gesprächsführung. Vor allem zur psychiatrischen Exploration mit ihrer von positivistischen Erkenntnishaltung geprägten psychiatrischen Exploration, die hauptsächlich auf die Erfassung der manifesten Krankheitssymptome abzielt, grenzt sich das psychoanalytische Erst-

gespräch grundsätzlich ab. Die für das psychoanalytische Verstehen so wesentliche Subjektivität im Erleben des Klienten oder der Klientin und die sich entfaltende Beziehungsdynamik im Gespräch sind im Rahmen einer psychopathologischen Befunderhebung nichts anderes als störende Nebengeräusche. Krankheiten oder Störungen sind durch objektive, standardisierte Testverfahren kontextunabhängig erfassbar und replizierbar. «Indem über Diagnosen seelische Krankheiten in gleicher Weise geredet wird wie über Diagnosen körperliche Krankheiten» (Streeck, 2004, S. 149), kann sich der Therapeut als eine Art objektiver, aussenstehender Beobachter begreifen.

6.5 Das Anliegen rahmen: Gemeinsam zu erreichende Ziele im Erstgespräch

6.5.1 Verständigung und emotionale Begegnung

Als vielleicht wesentliches Ziel der Erstgespräche kann die Verständigung bezeichnet werden. Sie bildet die Grundlage für alles, was im therapeutischen Raum geschieht. Dabei ist besonders wichtig, dass der Prozess des Verstehens nicht dann endet, wenn die Therapeutin oder der Therapeut meint, etwas vom Problem und Anliegen erfasst zu haben:

What is one to say to the patient? This is where *you* come into it; you are there and you know by this time something about the language that this patient understands. It is not simply a question of what *you* understand, but whether this patient could understand an interpretation that you could give. (Bion, 1979/1994, pos. 246)

Vielmehr muss dieses Verständnis auch wieder zurückgespiegelt werden. «Damit der ... Patient sich für das analytische Abenteuer "einschiff", genügt es nicht, es ihm vorzuschlagen; er ist darauf angewiesen, dass der Analytiker nicht nur eine Sprache verwendet, durch die er sich *angesprochen* fühlt, sondern auch eine Sprache, die ihn *berührt*, das heisst, eine Sprache, die in ihm Empfindungen weckt oder wiedererweckt» (Quinodoz, 2003, S. 45). Dies kann dann gelingen, wenn nicht nur der Inhalt des Erzählten erfasst wird, sondern die darin enthaltenen (schönen wie schmerzhaften) Gefühle im Therapeuten oder der Therapeutin selbst etwas auslösen. Die eigene Lebenserfahrung, die Erfahrung mit anderen Patient/innen sowie andere innere Quellen erlauben es, «zunächst sozusagen "sich selbst" an die Stelle des Patienten zu versetzen, so dass er die neurotisch-konflikthaft verursachten Lücken im Erleben des Patienten mit eigenen Erfahrungen schliessen kann» (Hartkamp, 2004, S. 71). Aus diesem echten emotionalen Verständnis heraus dem Gegenüber etwas zurückzugeben, das beschreibt

laut Dantlgraber eine *Begegnung (encounter)*: «An 'encounter' ... consists in the analyst's ability to allow the patient's affects to evoke similar and/or complementary affects in himself and to transpose these into emotional images, or fantasies» (Dantlgraber, 2012, S. 198). Hier wird die psychoanalytische Haltung, dass Therapie ein gemeinsames Geschehen ist, noch einmal deutlich. Ein Verständnis ist nicht einfach gegeben, sondern muss in einem kommunikativen Prozess ausgehandelt und abgeglichen werden. Dies ist insofern wichtig, als dass es für das Erstgespräch bedeutet, dass nicht nur die Sichtweise der Fachperson etwas zählt (z. B. im Hinblick auf die richtige klinische Diagnose), sondern dass die Sichtweise der Patientin oder des Patienten genauso wichtig ist. Aus Sicht des Anliegens ist es zentral, dass das Verstehen ein gegenseitiges ist.

6.5.2 Die Ermöglichung neuer Einsichten: Psychodynamisches Verstehen ist mehr als empathische Resonanz

Das psychoanalytische Erstgespräch erschöpft sich nicht einfach darin, der ratsuchenden Person das Gefühl zu vermitteln, dass sie verstanden wird (empathische Resonanz). Wahrgenommen zu werden, sich im Leiden erkannt zu fühlen, ist ein guter Beginn. Es hilft, wenn man den Eindruck hat, einer empathisch resonanten Fachperson gegenüber zu sitzen. Aber schon seit Freuds ersten therapeutischen Gehversuchen sollte klar sein, dass es mit der kathartischen Wirkung von Psychotherapie nicht getan ist. Damit sich eine nachhaltige Veränderung einstellen kann, müssen neue Sichtweisen und Erkenntnisse geschaffen und im Alltag umgesetzt werden können. Psychoanalytische Therapie hat im Kern immer das Ziel, Unbewusstes bewusst werden zu lassen. «It means to make conscious the unconscious meaning, source, history, mode, or cause of a given psychic event» (Greenson, 1967, S. 39). Es geht um die Ermöglichung neuer Einsichten, wobei dies nicht nur die kognitive, sondern vor allem auch eine emotionale Erfahrung umfasst. Im weitesten Sinne ist damit gemeint, dass man sich besser kennen und verstehen lernt. Rudolf (2010) nennt dies das *psychodynamische Verstehen* und beschreibt dies umfassend:

Psychodynamiker pflegen als weitere Aktivität das **Zurückgeben** der eigenen Wahrnehmungen und Annahmen, so dass der Patient sich im Spiegel dieser Mitteilungen und Interpretationen selbst zu sehen und verstehen lernt. Damit verbunden ist die therapeutische Hoffnung, dass das Verstandene – und zwar das von Therapeut und Patient gemeinsam Verstandene – dem Patienten neue Möglichkeiten des Erlebens und Verhaltens eröffnet und so Symptome überflüssig werden lässt. Psychodynamische Psychotherapeuten gehen ferner davon aus, dass dieses gemeinsame Verstehen

in einer sehr speziellen Beziehung zwischen Patient und Therapeut erfolgt, so dass das Verstehen nicht nur eine kognitive Einsicht, sondern auch eine emotionale Erfahrung darstellt. Einsicht und Erfahrung betreffen Zurückliegendes, Vergessenes, bis dahin unbewusst Mitgetragenes, und sie betreffen zum anderen Neues, das bis dahin so noch nicht gedacht und erlebt werden konnte. (S. 12-13)

Besonders interessant in Bezug auf die Problemdarstellung, mit der Ratsuchende im Erstgespräch erscheinen, ist Kestembergs (2012) Bezeichnung des Problems als *carbon copy* (Kap. 6.3.1.2). Die Sichtweise auf die eigene Situation, das Problem, die Gründe haben sich über einen meist langen Zeitraum festigen können und sind in dieser Zeit hunderte Male im Geiste durchgegangen und wiederholt, vielleicht aber auch an verschiedenen Stellen (Freunde, Hausarzt, frühere Therapeut/innen usw.) immer wieder erzählt worden, eben, ähnlich, wie eben sinnbildlich ein Kohlepapierdurchschlag. Diese eigene, subjektive Version hat denn auch etwas Rigides und Verhärtetes. Als Beispiel nennt Kestemberg die Symptomschilderungen von Patient/innen, die oftmals eine repetitive, sozusagen 'auswendig gelernte' Form aufweisen. Es sei dann gemäss Kestemberg die Aufgabe des/der abklärenden Therapeuten/in, diese *carbon copy* zum Positiven zu verändern. Zum Beispiel können durch einige wenige Kommentare kleine Veränderungen oder etwas Neues in der Sichtweise der ratsuchenden Person bewirkt werden. Es zu schaffen, zu dem 'Hinuntergeleierten' ein neues Element beizufügen, zum Beispiel auf die identifikatorische Qualität der Symptomatik hinzuweisen oder der Bedeutung der Symptome nachzugehen, könne den so wertvollen Veränderungsprozess in Gang bringen.

Es ist zentral für ein gelingendes Erstgespräch, diese Bearbeitung der *carbon copy* bereits in der ersten Stunde für die ratsuchende Person erfahrbar zu machen und damit ein vertieftes Verstehen zu schaffen. Dabei kommt das wahrscheinlich wesentlichste Element psychoanalytischer Therapie ins Spiel, die Beschäftigung mit der Übertragung. Die gesamte psychoanalytische (zurückhaltende, offene) Gesprächsführung ist darauf ausgerichtet, dass sich das unbewusste Übertragungsgeschehen bereits im Erstgespräch frei entfalten kann. Logischerweise soll dann auch damit gearbeitet werden.

Wie bereits in Kapitel 6.3.1.4 beschrieben, ist hier insbesondere auf die Übertragungsangst als Vorbedingung des Erstgesprächs zu achten. Diese wird laut Ogden (1992) von Behandelnden oftmals unterschätzt beziehungsweise ignoriert. Ogden hingegen sieht es als zwin-

gend an, genau diese im Erstgespräch anzusprechen: «Generally, the initial session does not feel complete to me unless the patient's anxiety in the transference has in some way been addressed» (1992, S. 237). Somit ist die Bewusstwerdung der Übertragungsangst das 'neue' Element, das gemäss Ogden in einem Erstgespräch Platz finden muss. Dies macht insofern Sinn, als dass die Übertragungsangst, wenn nicht ausgesprochen, von Beginn an zu unbewussten Widerständen gegen die Behandlung führen kann.

6.5.3 Die Motivation des Patienten wecken

Ob eine Therapie zustande kommt (und dann erfolgreich verläuft), hängt zu wesentlichen Teilen von der Motivation der Klient/innen beziehungsweise – da diese nicht immer vorausgesetzt werden kann – auch von der Fähigkeit der Therapeut/innen ab, eine solche im Erstgespräch zu wecken (Norcross & Lambert, 2011a; Schweickhardt et al., 2005). Schon früh war in der psychoanalytischen Behandlungstheorie bekannt, dass sich dies besser erreichen lässt, indem sie die therapeutische Technik an das Anliegen der Patient/innen und nicht die Patient/innen an die Behandlungstheorie, anpassten:

At the beginning, however, the patient must feel that he will be helped toward what he wants. With some patients, the interviewer must deliberately accept the patient's own defenses as a basis upon which to start treatment. An agitated patient who seeks treatment primarily as a means to forget certain painful things will not be helped by an interviewer who tells him that he must immediately explore these very things. With certain patients – as in the above example – this may mean that treatment is begun without the therapist's challenging a particular neurotic manifestation. As treatment continues, the patient may be able to realize the futility of his own attempt to solve his problem and his motivation change to a desire for self-understanding. (Gill et al., 1954, S. 100-101)

Was Gill et al. in den 50er Jahren beschrieben, ist nichts anderes, als was heute unter dem Thema '*Phasen der Verhaltensänderung*' (*stages of change*, SoC) gefasst wird: Beschrieben werden Aspekte der Bereitschaft und Motivation zur Veränderung, die auf unterschiedliche Ziele ausgerichtet sein können (Prochaska, 2007). Auf das Gegenüber einzugehen, sein Anliegen zu erfassen, bedeutet, auf seine momentane Verfassung einzugehen, ihm an dem Punkt seines seelischen Entwicklungsprozesses zu begegnen, wo er sich im Moment befindet (Norcross et al., 2011). Das bedeutet ebenfalls, die zu Beginn vorhandenen Widerstände und Abwehrbewegungen zunächst geduldig zu akzeptieren – der Mensch kann noch nicht ohne.

Dass dies unbedingt zu berücksichtigen ist, wird auch von der aktuellen Psychotherapieforschung untermauert (Norcross & Wampold, 2011b). Somit lässt sich folgern, dass die Motivation für die Behandlung sich vor allem dadurch wecken lässt, indem auf die Ratsuchenden und ihr Anliegen (ihre Sicht auf ihr Leiden und ihre Vorstellungen, wie damit – und mit ihnen – umgegangen werden soll) eingegangen wird.

6.5.4 Transparenz und informierte Einwilligung (*informed consent*)

In der Praxis wird die für die psychoanalytische Tradition charakteristische Gesprächsführung sowie andere den Laien zunächst eigenartig erscheinende Charakteristika (z. B. Couch-Setting) nur selten explizit angesprochen (Brandestini & Hermann, 2010), obwohl gerade die zurückhaltende, nur partiell eingreifende Rolle der Therapeut/innen auch als belastend erlebt werden kann. Dies ist vielleicht zu einem gewissen Mass mit einer traditionellen psychoanalytischen Sichtweise zu erklären, die in gewissen Institutionen immer noch hochgehalten wird:

The analyst's attempts at answering these questions in the form of explanations of free association, the use of the couch, frequency of the meetings, differences between psychotherapy and psychoanalysis, differences between "schools of psychoanalysis", and so on, are not only futile, they invariably limit the patient's opportunity to present himself as the analyst in his own terms. ... the analyst's most eloquent explanation of what it means to be "in analysis" is to conduct himself as an analyst (Ogden, 1992, S. 231).

Andere Autor/innen (z. B. Brandestini & Hermann, 2010; Laimböck, 2000), die sich an dem etwas edukativen Charakter der transparenten Informationsgabe nicht stören, plädieren für ein ergänzendes Vorgehen. Nebst der analytischen Erfahrung solle auch Zeit eingeplant werden, um der ratsuchenden Person die ungewöhnliche Form des Gesprächs und den ungewohnten Therapieprozess zu erklären. Insbesondere über Inhalt und Funktion der ansonsten rasch als verwirrend und beängstigend erscheinenden Methode der freien Assoziation sollte bei Therapiebeginn einfach und klar aufgeklärt werden (Mertens, 2000). Anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse von Gesprächssequenzen aus psychoanalytischen Abklärungsgesprächen konnten Brandestini und Hermann (2010) aufzeigen, dass die Grundregel während der Abklärung – entgegen der aktuellen behandlungstechnischen Empfehlung – jedoch kaum ausgiebig besprochen wird. Dies lasse sich damit erklären, dass sie in der Praxis häufig erst

zu Beginn der eigentlichen Therapie (nach den Abklärungsgesprächen) explizit eingeführt werde und eine früher erfolgende Erklärung als unnötig betrachtet werde.

Die akkurate Information scheint aber wichtig, insbesondere auch, um nicht zur Mystifizierung der Therapeuten/innen und ihrer Methode beizutragen. Die Gefahr dazu schien immer schon im Besonderen für die psychoanalytische Behandlung zu gelten. So bemerkten Enid und Michael Balint in ihren Ausführungen zum diagnostischen Interview (1966): «... man scheint sogar zu glauben, dass die Psychiater und Psychoanalytiker eine Art esoterischen Wissens von der richtigen Technik besäßen, die sie eifersüchtig als Geschäftsgeheimnis hüteten. Immer wieder waren wir überrascht, wenn wir in unseren Seminaren von den Ärztegruppen angefleht wurden, ihnen doch etwas von unserem Geheimnis zu verraten» (S. 205). Die Transparenz von Therapeutenseite kann ausserdem als Unterscheidungsmerkmal seriöser und professioneller Psychotherapeuten von ihren unseriösen Berufskollegen betrachtet werden: «The psychotherapeutic benefits of informed consent fall into two broad categories: empowering patients' self-therapeutic activity and protecting them against the cult-like information-control elements that are sometimes present within psychotherapy» (Beahrs & Gutheil, 2001, S. 5). Die Gefahr einer malignen Form regressiver Abhängigkeit an die Person des Therapeuten nimmt ab, wenn Patienten die persönliche Verantwortung im therapeutischen Prozess zu erkennen beginnen. Von Therapeutenseite kann es ebenfalls als erleichternd empfunden werden, nicht als omnipotent wahrgenommen zu werden. So betrachtet, kann eine gewisse Aufklärung über die therapeutische Methode sogar eine positive therapeutische Wirkung freisetzen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass Ratsuchende wissen, worauf sie sich einlassen: «If the patient is to commit himself to a procedure lasting an indeterminate number of years, after which, for better or worse and sometimes both, he may never be the same, it is only fair that he should do so with his powers of judgment as fully in operation as possible» (Klauber, 1981, S. 144). Erst dies ermögliche es der ratsuchenden Person, sich aus einer passiven Haltung herauszulösen. Rudolf (2010) nennt dies die *Fähigkeit*, den Patienten angemessen zu informieren: «Der Patient hat das Recht, von dem diagnostisch-therapeutischen Experten eine Aufklärung über seine Situation zu erhalten – und entsprechend hat der Therapeut die Pflicht dazu» (S. 210).

Auf diese Thematik bezieht sich das Konzept der informierten Einwilligung (*informed consent*), die sich als ethische Pflicht des Therapeuten und als Recht des Patienten im medizinischen Metier – möglicherweise etwas weniger im psychotherapeutischen Bereich – etabliert hat. Ihr zugrunde liegt die Idee einer wechselseitigen, offenen und informierten Verständigung mit transparenten Entscheidungsgrundlagen. Dies bedeutet, die ratsuchende Person als aktiven Partner im Geschehen zu positionieren, der ebenfalls eine Verantwortung für die angedachte therapeutischen Arbeit trägt.

6.5.5 Therapieplanung und Therapieziele

Ergebnisziele sind in der psychoanalytischen Theorie sehr allgemein definiert, besitzen daher aber auch nach wie vor allgemeine Gültigkeit. Freud (1917/1986) schrieb dazu, das Ziel einer Psychoanalyse sei dann erreicht, wenn «ein genügendes Mass von Genuss und Leistungsfähigkeit» (S. 476) wieder möglich sei. In seiner Schrift von 1937 führte er dies weiter aus: Die Behandlung sei dann zu beenden, wenn der Patient nicht mehr an seinen Symptomen leide und verdrängte unbewusste Hemmungen und Ängste in dem Masse bewusst gemacht wurden, dass man ihre Wiederholung nicht mehr zur befürchten brauche. Greenberg (2002) beschreibt Therapieziele ebenfalls sehr allgemein: «Our goals, insofar as they are analytic ones, are always the same, with every patient, throughout the course of every analysis. That is, at every stage of every treatment, our aim is to open up exploratory pathways that have hitherto been blocked» (S. 661). Grande (2000) streicht zudem einen wesentlichen Aspekt hervor, der sich bei einer erfolgreich verlaufenden Therapie einstelle: Durch die Erforschung des Unbewussten werde dem Patienten die Möglichkeit gegeben, verdrängte Wünsche und Ängste als seine eigenen anzuerkennen und durch das Aufgeben unerfüllbarer Wünsche sein Leben souveräner und zugleich illusionsloser zu gestalten.

Es mag bezweifelt werden, dass das Kommunizieren dieses Inhalts einer Person in der Abklärung zur Psychotherapie viel nützen wird. Die Aussicht, auf ihre unerfüllbaren Wünsche zu verzichten, könnte sie sogar vor einer Behandlung zurückschrecken lassen. Klientinnen und Klienten kommen oftmals in der Illusion, sich durch die Psychotherapie zu einer besseren Version ihrer selbst zu entwickeln und ihre Probleme auf diese Art und Weise zu bewältigen. Sich in seiner 'Eigen-Art' zu akzeptieren und anzunehmen, ist mit der Aufgabe eines narzisstischen Ich-Ideals verknüpft. Diese Aufgabe sowie die Betrauerung sind oftmals die

Konsequenz einer Therapie, meist aber nicht das von den Klient/innen anfänglich gewünschte Ziel.

Die Ausformulierung einer konkreten Therapieplanung mit sogenannten *Prozesszielen* während des Erstgesprächs oder der Abklärung wiederum erscheint ob der Unkontrollierbarkeit unbewusster Prozesse ein unmögliches Unterfangen. Die psychoanalytische Situation mit ihren technischen Grundregeln der freien Assoziation und gleichschwebenden Aufmerksamkeit ist so angelegt, dass sich eine konkrete Therapieplanung nahezu verbietet (Hartkamp, 2004). Anders als in der verhaltenstherapeutischen wird in der psychoanalytischen Tradition deswegen weniger Wert auf die präzise Therapieplanung und die Formulierung klar umrissener Therapieziele gelegt. Auf die Durchstrukturierung und Manualisierung jeder einzelnen Sitzung, wie in gewissen anderen Therapieverfahren üblich, wird klar verzichtet. Diese Haltung würde jedoch ignorieren, dass Klient/innen mit entsprechenden (Heilungs-)Erwartungen an die Therapie herantreten. Diesen ist unbedingt Raum zu geben und sie sind (auf Realitätsgehalt und Erreichbarkeit hin) gemeinsam zu reflektieren. Einen Vorschlag, wie eine psychoanalytische Therapieplanung aussehen könnte, geben Doering und Schüssler (2004): «Es sollte vor Beginn Einigkeit über das Setting und die wesentlichen Ziele der Therapie bestehen. Gleichzeitig soll in den umfassenden nichtfokussierenden Therapieformen Raum für den spontanen Verlauf der Therapie gelassen werden; dadurch werden die Therapieziele unter Umständen im Verlauf der Behandlung klarere Gestalt annehmen und sich eventuell auch verändern» (S. 27).

Bei kürzeren Behandlungsformen (Kurzzeit- und Fokaltherapien) ist die Fokussierung (und Begrenzung) auf bestimmte Ziele unvermeidbar. In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie werden ebenfalls bereits im Voraus definierte Ziele verlangt (Doering & Schüssler, 2004). Die Frage ist nur, in welchem Masse beziehungsweise wie konkret dies miteinander besprochen wird. Wie hält man unbewusste Ziele fest? beziehungsweise welchen Platz hat das unbewusste Geschehen bei der Definition konkreter Ziele noch? Hier soll gemäss Doering und Schüssler (2004) Wert darauf gelegt werden, diese nicht auf die Beseitigung der störenden Symptome zu beschränken, sondern auch das psychodynamische Verständnis des zugrunde liegenden Konfliktes zu fassen – dies, um magische Erwartungen an die Therapie zu vermeiden und den Aspekt eigener Arbeit und Entwicklung auf Seiten des Patienten zu betonen. Hierzu ein Beispiel, wie eine gemeinsame Zielformulierung ablaufen könnte (ebd., S. 27):

- T: Was würden Sie sich von einer Psychotherapie erwarten?
- P: Ja ... ich wäre gern die Depressionen los. Und – ich weiss ja nicht, ob das zu viel verlangt ist – ich wäre wirklich gern einmal im Stande, eine längere Beziehung zu führen.
- T: Ich glaube, das sind keine schlechten Ziele für eine Therapie. Wir haben gesehen, dass Ihre Depressionen jeweils in der Endphase Ihrer Partnerschaften und zu einem Zeitpunkt auftraten, wo Sie sich plötzlich eingeengt fühlten und mit "Befreiungsschlägen" reagierten. Sie haben selbst bemerkt, dass Sie die Gefühle, die Sie dabei hatten, Sie an diejenigen erinnerten, die Sie früher Ihrer Mutter gegenüber hatten. Wir könnten uns für die Therapie vornehmen, herauszufinden, ob und wie Ihre Problematik mit Ihrer Beziehung zu Ihrer Mutter zusammenhängt. So könnte es Ihnen zukünftig gelingen, mit den entsprechenden Situationen in Beziehungen anders umzugehen und auch ihre Depressionen zu vermeiden.
- P: Das wäre wirklich toll, wenn das gelänge.

6.6 Zusammenfassende Betrachtung

Im Zuge der Entwicklung und Verfeinerung der psychoanalytischen Behandlungstheorie hat sich auch die Sichtweise auf die Patient/innen im Erstgespräch sukzessive verändert. Von einem mehr ärztlich-autoritären Blick auf das therapeutische Geschehen hat sich mit der Erkenntnis, welchen Stellenwert die Arbeit mit Übertragungsprozessen für die Diagnostik und Heilung psychisch Kranker hat, auch die Dynamik in der Zusammenarbeit grundlegend gewandelt. Seitdem wird die aktive Beteiligung der Klient/innen im Erstgespräch sehr präzise wahrgenommen, allerdings immer in Bezug auf ihre Übertragungsangebote oder das szenische Verstehen in der Stunde. Letztendlich wird also deren Verhalten und Erleben immer noch mit Blick auf diagnostische Prozesse interpretiert und für therapeutische Interventionen (Deutung usw.) verwendet. Die Klientin oder der Klient bleibt damit in einer Rolle des zu beobachtenden Objekts.

Die Positionierung der Klientin oder des Klienten als gleichwertiges Gegenüber, das Einfluss auf den therapeutischen Prozess nimmt, steuernd eingreift, Wünsche und Erwartungen hat, ist entsprechend für psychoanalytische Therapeutinnen und Therapeuten immer noch etwas ungewohnt. Dies gilt insbesondere auch für die Bezugnahme auf das Anliegen, das Ratsuchende ins Erstgespräch mitbringen. Der aktive Miteinbezug in Entscheidungsprozesse kommt am ehesten in der Diskussion um Transparenz und informierte Einwilligung sowie in der Behandlungsplanung und der gemeinsamen Festlegung von Therapiezielen in Kurzzeit- und Fo-

kaltherapien zum Tragen. Aber auch dort ist die Skepsis leicht spürbar, dass die Orientierung am Gegenüber den eigentlichen psychoanalytischen Prozess (durch die Vermischung mit der Übertragung oder ihrem Ignorieren) empfindlich stören könnte, oder dass die psychoanalytische Therapie ihre schöpferischen Freiräume einbüßen und zu einer Art schlechten Verhaltenstherapie verkommen könnte. Die Sorge, dass das psychoanalytische Vorgehen nicht mit einer stärkeren Positionierung der Patient/innen einhergehen könnte, ist alt und wird, wie nach Sichtung der Theorie scheint, bei jedem Entwicklungsschritt von Neuem aktiviert.

Eine Klientin oder einen Klienten als aktive Gestalterin bzw. aktiven Gestalter mit eigenem Willen und starker Einflussnahme zu wenig anzuerkennen, heisst zum einen die Realität zu ignorieren. Diese verschwindet nicht, nur weil man sie nicht beachten will. Zum anderen werden so gleich zu Beginn Gelegenheiten dazu vergeben, sie oder ihn durch den Einbezug in das therapeutische Arbeiten als gleichwertiges Subjekt zu motivieren und im Endeffekt zu einem kompetenteren Gegenüber im psychoanalytischen Prozess zu machen – eine entscheidende Voraussetzung für das Gelingen einer Therapie.

7 Therapeutische Beziehungsarbeit im Erstgespräch

Die *condicio sine qua non* der allgemeinen Wirkfaktoren ist die gute therapeutische Beziehung. Sie beschreibt den gegenseitigen Umgang von Therapeut/in und Patient/in mit je nach Quelle unterschiedlicher Gewichtung der Rollen. Ohne eine funktionierende Beziehung gibt es keine Therapie. Es ist also vor allem und in erster Linie die Aufgabe der Behandelnden, eine solche im Erstgespräch beziehungsweise der Abklärungsphase herzustellen. Ihr Nutzen wird in Kapitel 7.1 vertieft. Kapitel 7.2 zeichnet die Entwicklung ihrer wissenschaftlichen Beforschung historisch nach. Worauf beim Beziehungsaufbau konkret zu achten ist, wird in Kapitel 7.3 beantwortet. Die theoretische Abhandlung endet mit einer ausführlichen Gesamtbetrachtung (Kap. 7.4).

7.1 Der Nutzen einer guten therapeutischen Beziehung

Eine der wahrscheinlich wichtigsten Entwicklungen im Feld der Psychotherapie sind die zahlreichen und nicht bestreitbaren Forschungsbelege, dass die wirksamsten Aspekte für eine erfolgreiche therapeutische Behandlung generell in allen (untersuchten) Therapieverfahren vorkommen (sog. *common factors*). Sie laufen dem immer noch vorherrschenden Trend zuwider, einzelne Therapieverfahren den anderen als überlegen darzustellen. Sie wirken folglich relativ unabhängig von den effektiv angewandten Interventionen und Techniken der Therapeut/innen (z. B. psychoanalytische Übertragungsdeutungen, systemtherapeutisches Familienstellen, kognitiv-verhaltenstherapeutische Expositionen und Desensibilisierungen, erlebnisorientierte Verfahren wie der Zwei-Stuhl-Dialog in der Gestalttherapie). Wenn man Therapieverfahren, die sich als effektiv erwiesen haben, in ihre Wirkkomponenten herunterbricht, erhält man die für das therapeutische Arbeiten wirklich essentiellen Elemente (Lambert, 2010). «Therapists providing different therapies show a large degree of overlap in their behaviors across treatments so that it is possible to find more variance within name brand therapies than between them» (ebd., S. 16). Diese Feststellungen fördern eine integrative psychotherapeutische Haltung, denn sie betonen das Gemeinsame statt das Trennende in der psychotherapeutischen Arbeit.

Frank und Frank (1993) finden diese allgemeinen Wirkfaktoren in vielen Heilverfahren (Psychotherapie, Familientherapie, Gruppentherapie, Suchttherapie, religiös-magische Heilungen). Vier Elemente sind allen Verfahren gemein (Lambert, 2010): 1) «A confiding relationship in

which emotions were highly charged and one person identified as a helper», 2) «a healing setting or a place set aside for healing» – womöglich hat die Couch in der Psychoanalyse, abgesehen von ihrem tatsächlichen Zweck, eine besondere symbolische Kraft –, 3) «a plausible framework or explanation for patients' symptoms and a ritual or procedure for their alleviation» – in der Psychotherapie ist es das jeweilige Theoriengebilde und die dadurch legitimierte therapeutische Vorgehensweise – und 4) «the treatment required both the helper and patient to believe that the healing ritual would work and required participation from both» (S. 16). Der letzte Punkt beschreibt die positiven Erwartungen an die Therapie (Placeboeffekt) sowie ein funktionierendes Arbeitsbündnis, also die beidseitige Motivation, in Übereinstimmung der Ziele und des Vorgehens miteinander zu arbeiten.

Zu den allgemeinen Wirkfaktoren zählt auch die Förderung von Hoffnung und Zuversicht, die im Sinne einer kreditierenden therapeutischen Haltung Zutrauen und die Zuschreibung von Entwicklungspotenzial einschliesst (Grimmer, 2005). Ebenfalls als wirksam entpuppen sich – nicht weiter erstaunlich – die Ergründung problematischer Aspekte und ihre Integration in das eigene Selbstverstehen und -erleben. Generell wirksam ist überdies die unterstützende und beratende Tätigkeit der Behandler/innen sowie ihre steten Ermutigungen, neue Verhaltensweisen und Sichtweisen auszuprobieren (Lambert, 2010).

Diese allgemeinen Wirkfaktoren, die unabhängig vom inhaltlich Thematisierten allen untersuchten Heilverfahren inne wohnen, die also die Form einer Behandlung bestimmen, werden im Konstrukt der *therapeutischen Beziehung* (oder synonym: *Allianz*) gefasst. Auf deren positiven Einfluss können sich alle Therapieschulen einigen, da die Beziehung verfahrensübergreifend und unbestritten wirkt: «The impact of the alliance on therapy outcome is ubiquitous irrespective of how the alliance is measured, from whose perspective it is evaluated, when it is assessed, the way the outcome is evaluated, and the type of therapy involved» (Horvath et al., 2011, S. 13). Die aktuelle, zu Forschungszwecken der *American Psychological Association* (APA) – der in psychologischer Forschung und Praxis im westlichen Kulturkreis tonangebenden psychologischen Vereinigung – übernimmt ihre operative Definition *psychotherapeutischer Beziehung* von Gelso und Carter (1985): «The feelings and attitudes that counseling participants have toward one another, and the manner in which these are expressed» (S. 159; zit. nach Gelso & Carter, 1994, S. 297). Diese Definition ist gewollt allgemein gehalten, um alle therapeutischen Richtungen und Vorgehensweisen mit einzuschliessen. Dennoch ist sie in sich konzis, beruht auf der einvernehmlichen Zustimmung von Forschern unter-

schiedlicher Therapieschulen, ist theorienneutral und dennoch präzise genug, um damit arbeiten zu können (Norcross & Lambert, 2011a).

Die therapeutische Beziehung ist wahrscheinlich der bestuntersuchte Wirkfaktor in der evidenzbasierten Psychotherapieforschung (Flückiger et al., 2012). Im Übrigen ist sie derjenige mit der grössten erklärbaren Varianz für den Therapieerfolg (Norcross, 2011). Es ist sogar erwiesen, dass die therapeutische Beziehung einen wesentlicheren Anteil am Therapieerfolg ausmacht als zum Beispiele die therapeutische Technik (Norcross & Lambert, 2011a). Ihr Effekt ist über all die Jahrzehnte der Forschungsbemühungen und über die Masse der Studien hinweg immer robust geblieben. Forscher/innen haben daraus geschlossen, dass die therapeutische Beziehung ein essenzieller Bestandteil therapeutischer Veränderung ist (Horvath & Greenberg, 1986; Lambert & Barley, 2001; Lambert & Simon, 2008; Norcross, 2002; zit. nach Doran, 2016, S. 148). Diese Schlussfolgerungen wiederum resultierten in der Empfehlung, bereits zu Behandlungsbeginn auf die Etablierung einer starken, positiven therapeutischen Allianz zu fokussieren (Castonguay et al., 1996; Horvath & Bedi, 2002; zit. nach Doran, 2016, S. 148). Sie ist die Basis, auf der sich jegliche therapeutische Arbeit abspielt und ohne die keine Therapie zustande kommt. Auf die Schaffung einer solchen sollten deswegen die Hauptanstrengungen im Erstgespräch gerichtet sein noch vor der Diagnosestellung oder dem therapeutischen Einwirken auf das Gegenüber. Dabei sollte man sich vergegenwärtigen, dass Beziehungsarbeit und Therapiearbeit nicht grundsätzlich zu trennen sind (mehr dazu in Kap. 7.3.3). Eine beziehungsförderliche therapeutische Haltung schafft überhaupt erst die Voraussetzung dafür, dass sich das Gegenüber in der Situation wohl fühlen, Vertrauen finden und sich auch für die Bearbeitung schwieriger Themen öffnen kann. Sie ist damit der Grundstein für eine funktionierende Zusammenarbeit, und sogar darüber hinaus: «The best available research clearly supports the healing qualities of the therapy relationship and the beneficial value of adapting that relationship to patient characteristics beyond diagnosis» (Norcross & Lambert, 2011a, S. 4).

7.2 Das Konzept der 'therapeutischen Beziehung' im Laufe der Geschichte bis heute

Die theoretische Beschäftigung mit der Patient-Therapeut-Beziehung nimmt in der psychoanalytischen Theorie seinen Anfang. Dies ist insofern schlüssig, als die Psychoanalyse (anders als die Verhaltenstherapie, deren Wirksamkeitsmodell historisch in der Lernpsychologie fusst) auf eine lange Geschichte der Auseinandersetzung mit dem Beziehungsgeschehen in

der Therapie zurückschaut. Ihr gesamtes Behandlungskonzept baut gewissermassen darauf auf. Indes konzentriert sich die Auseinandersetzung damit auf den technischen Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen. Den allgemein wirksamen Aspekten einer guten Beziehungsgestaltung wird wenig Aufmerksamkeit gewidmet, ihr Einfluss auf den Therapieerfolg wurde wahrscheinlich auch lange Zeit unterschätzt. Die Kritik, dass die psychoanalytische Behandlungstheorie zu wenig Wert auf diese allgemeinen Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehung legt, stammt aus den eigenen Reihen. Noch im Jahr 2012 erscheint folgender Kommentar der *European Psychoanalytic Federation's Working Party on Initiating Psychoanalysis* (WPIP):

When the WPIP team looked into the psychoanalytic literature for papers that dealt with their field of investigation, perhaps the most striking discovery was the relative paucity of publications on the subject of first consultations that were not centred on the question of indications for psychoanalysis in terms of the patient's analysability. Relatively few papers actually address the patient-analyst dynamics that seem so important (Møller et al., 2012, S. 5).

Es ist tatsächlich schwierig, in der psychoanalytischen Literatur Schriften zu finden, die auf den Aspekt der nicht-neurotischen therapeutischen Beziehung und ihrer Förderung fokussieren. Für gewöhnlich wird neben den behandlungstechnischen Anweisungen zum Umgang mit der Übertragung zwar auch erwähnt, dass auf ein empathisches Eingehen und auf die Schaffung einer vertrauensvollen, wertschätzenden und respektvollen Atmosphäre Wert zu legen ist. Dies geschieht meist aber eher nebenbei.

Fündig nach Forschungsliteratur, die sich ausdrücklich mit diesen allgemeinen Wirkfaktoren in der Beziehung befasst, wird man hingegen in der allgemeinen (integrativen) Psychotherapieforschung (z. B. der Society for Psychotherapy Research, SPR). Dort kennzeichnen die 1970er Jahre den eigentlichen Durchbruch der systematischen empirischen (evidenzbasierten) Erforschung von Psychotherapie. Im Zuge dessen wurde auch die therapeutische Beziehung einer systematischen Beforschung unterzogen. Präzise theoretische Fassungen stammen von Bordin und Luborsky (Kap. 7.2.3) sowie von Gelso und Carter (Kap. 7.2.5). Eine weitere Entwicklung war, die therapeutische Beziehung in die sie moderierenden Variablen herunter zu brechen (Empathie, Konsensfindung, Kongruenz usw.) und für (Fragebogen-)Screenings zu standardisieren. Dies hatte wiederum zur Folge, dass das Konstrukt der therapeutischen

Beziehung sich lange Zeit fast ausschliesslich auf die expliziten, bewusst benennbaren Beziehungsaspekte konzentrierte.

7.2.1 Die Realbeziehung: Das von der Psychoanalyse vernachlässigte Konstrukt

Das Konstrukt der therapeutischen Beziehung findet sich unter unterschiedlichen Begrifflichkeiten und mit variierenden thematischen Betonungen in der Forschungsliteratur wieder. Die Beschäftigung mit der Arzt-Patient-Beziehung, gerade im Hinblick auf die erste Begegnung, kann bis zu Freud zurückverfolgt werden und bildet mit dem Übertragungskonzept gewissermassen den Grundstein der analytischen Krankheitslehre. Während Freud in seinen frühen Arbeiten vor allem die negativen Seiten der Übertragung bzw. die Widerstandsphänomene auf die Arzt-Patient-Beziehung thematisierte (1913/1996), erwähnte er doch auch die milde positive Übertragung, die einer guten Arbeitsbeziehung förderlich sei (1912/1996b). In späteren Arbeiten machte er auf die aus der Elternübertragung stammende insgesamt ambivalente Haltung dem Analytiker gegenüber aufmerksam (1938/1993). Ebenfalls schien Freud in späteren Werken seine Sicht auf die positive Übertragung etwas zu modifizieren, indem er die Möglichkeit mit einschloss, dass die förderliche Therapeut-Patient-Beziehung zu einem gewissen Teil auch in der Realität verankert sei und nicht ausschliesslich aus der Übertragung stamme (Horvath & Luborsky, 1993).

Dennoch wurde die *reale Beziehung* gemäss Greenson (1965) von der psychoanalytischen Schule lange Zeit vernachlässigt. Obwohl ein bereits früh erkanntes Konstrukt, sei es fälschlicherweise als von zweitrangiger Bedeutung eingestuft und deswegen in der analytischen Behandlungstheorie zunächst eher stiefmütterlich behandelt worden. Beispielhaft für die spärliche und allgemein gehaltene thematische Auseinandersetzung mit dem *rapport*, also der Herstellung einer guten Beziehung zwischen den zwei sich fremden Personen, sind die knappen Anweisungen von Gill et al. (1954): «A serious attempt to understand the patient, a warm human contact and some mutual appreciation have to be established regardless of who therapist and patient are» (S. 88).

In der personenzentrierten Therapie nach Rogers (1951) – der Begriff besagt es schon – wurde das therapeutische Geschehen indes immer schon stärker aus der Klientenperspektive heraus beachtet. Dementsprechend wurde der Realbeziehung von Beginn weg viel Aufmerksamkeit zuteil. Anders als in der psychoanalytischen Tradition, wo diese kaum Beachtung

fand, sah Rogers gerade in ihr den massgeblichen Wirkfaktor, um eine seelische Veränderung zu erreichen.

7.2.2 Das Arbeitsbündnis

Zetzels 1956 erscheinener Beitrag *Current concepts on transference* gilt als die erste Arbeit, in welcher der Begriff der *Übertragung* präzise von demjenigen des *therapeutischen Bündnisses* (*therapeutic alliance*) getrennt wird. Letztere versteht Zetzel als die Fähigkeit des Patienten, seine gesunden Anteile, also seine Ich-Fähigkeiten, mit dem Analytiker zu verbinden, um gemeinsam die therapeutischen Ziele zu erreichen: «A differentiation is made between transference as therapeutic alliance and the transference neurosis, which, on the whole, is considered a manifestation of resistance. Effective analysis depends on a sound therapeutic alliance, a prerequisite for which is the existence, before analysis, of a degree of mature ego functions...» (ebd., S. 370). Zum ersten Mal wurde nicht nur auf die das therapeutische Arbeiten torpedierenden 'kranken' Anteile fokussiert, sondern die 'gesunden' Anteile der Patient/innen betont und ihnen damit auch indirekt eine Verantwortung für ein verlässliches Arbeitsbündnis und folglich für einen erfolgreichen Therapieverlauf zugeschrieben.

Von Greenson (1965) stammte schliesslich die folgende Unterscheidung zwischen dem nicht-neurotischen *Arbeitsbündnis* (*working alliance*) und der *Übertragung* (*transference*):

Transference is the experiencing of feelings, drives, attitudes, fantasies, and defenses toward a person in the present which are inappropriate to that person and are a repetition, a displacement of reactions originating in regard to significant persons of early childhood. I emphasize that for a reaction to be considered transference it must have two characteristics: it must be a repetition of the past and it must be inappropriate to the present. (S. 156)

The term, working alliance, is used ... for designating the relatively nonneurotic, rational rapport which the patient has with his analyst. It is this reasonable and purposeful part of the feelings the patient has for the analyst that makes for the working alliance. ... it centers on the patient's ability to work in the analytic situation. ... The designation, working alliance, ... has the advantage of stressing the vital elements: the patient's capacity to work purposefully in the treatment situation. It can be seen at its clearest when a patient, in the throes of an intense transference neurosis, can yet maintain an effective working relationship with the analyst. (S. 157)

Wie bei Zetzel liegt auch hier die Betonung auf den 'Fähigkeiten' der Patienten. Es wird aber nicht ausgeführt, wie diese nicht-neurotischen Anteile gefördert und gestärkt werden können.

7.2.3 Der Beginn empirischer Forschung: Luborskys *hilfreiche Beziehung (helping alliance)* und Bordin's *therapeutische Allianz (working alliance)*

Spätestens mit den etwa zeitgleich erschienenen Arbeiten Bordin's und Luborskys wurde die therapeutische Arbeitsbeziehung zu einem ernst zu nehmenden Forschungsfeld. Obwohl Luborskys und Bordin's Annahmen in der psychodynamischen Theorie gründeten, waren ihre Modelle absichtlich ausserhalb der psychodynamischen Begrifflichkeiten (z. B. Übertragung, bewusste und unbewusste Prozesse) gehalten. Als transtheoretische Modelle liessen sie sich in jeder therapeutischen Richtung anwenden und waren deswegen für eine grosse Gruppe von Forscher/innen interessant.

Die bahnbrechenden Arbeiten Bordin's (1979) zur *therapeutischen Allianz (working alliance)* waren entscheidend für die Entwicklung einer modernen Definition der therapeutischen Beziehung über verschiedene theoretische Traditionen hinweg. Bordin (1994) kritisierte, dass Psychoanalytiker/innen ihre Klientel nicht als ebenbürtig im therapeutischen Geschehen positionierten, sondern – etwas überspitzt formuliert – immer noch primär aus einer beobachtenden und beurteilenden Haltung heraus auf die zu behandelnden Personen blickten. Mit seinem Konzept gedachte er diesem Problem etwas entgegenzusetzen:

Even though the psychoanalytic view sees the patient in active terms, it underlines the self-defeating character of this activity. Perhaps because of its origins in medicine, an overweighting of the dynamics of self-defeat, or technical concerns about contamination of the transference, the psychoanalytic approach, with few exceptions, tended to advocate that the therapist take charge of the treatment: It is they who negotiate the goals and tasks. (ebd., S. 15)

Sein Konzept definiert die therapeutische Allianz als eine gemeinschaftliche und partnerschaftliche Haltung zwischen Therapeut/in und Patient/in und postuliert, dass deren Entwicklung von drei miteinander in Beziehung stehenden Prozessen begünstigt wird, nämlich 1) von der Übereinstimmung bei den Therapiezielen (*agreement on goals*), 2) dem Konsens über die Therapieaufgaben (*tasks*) sowie 3) von der auf gegenseitigen positiven Gefühlen beruhenden Bindung zwischen den Gesprächspartnern (*bond*). Allgemein gesagt kann dann von einem optimalen Kontakt gesprochen werden, wenn Patient/in und Therapeut/in sich mögen, in ihren Ansichten in Bezug auf die Therapieziele übereinstimmen und die Methoden zur Erreichung derselben als effektiv und relevant betrachten.

Luborsky (1976), ein Pionier der empirischen Psychotherapieforschung, prägte den Begriff der *hilfreichen Beziehung* (*helping alliance*) und begriff diese nicht als statische, sondern vielmehr als dynamische Entität. Er unterschied dabei zwei Typen, wovon der erste für das Erstgespräch von Bedeutung ist: Typ I findet sich vornehmlich in der frühen Phase der Therapie und basiert darauf, dass der Patient die Fachperson als hilfreich und unterstützend erfährt, während er selbst sich eher als Empfänger dieser Fürsorge erlebt. Typ II findet sich typischerweise in den späteren Phasen einer Therapie wieder; hierfür ist der kollaborative, gemeinschaftliche Charakter der Arbeitsbeziehung kennzeichnend. Beide fühlen sich nun verpflichtet, die Probleme des Patienten anzugehen und teilen sich die Verantwortung bei der Arbeit an den Therapiezielen (Horvath & Luborsky, 1993). Indem Luborsky für sein Konstrukt operationalisierte und valide Erhebungsmethoden entwickelte – so den *Helping Alliance Counting Signs* (HACs) und das *Helping Alliance Rating* (HAR) –, machte er sich weit über die psychoanalytische Gemeinschaft hinaus einen Namen.

7.2.4 Die Entwicklung von Messinstrumenten

Zwischen 1975 und 1986 hat sich die Anzahl an Messmethoden zur Quantifizierung der Beziehungsqualität parallel zu den zahlreichen unterschiedlichen Konzepten enorm vergrößert. Die zurzeit gebräuchlichsten sind: 1. die *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS/CALTRAS; Gaston & Ring, 1992; Marmar, Weiss & Gaston, 1989), 2. die auf Luborskys Konzeption aufbauenden *Penn Helping Alliance Scales* (Alexander & Luborsky, 1987; Luborsky, 1976), 3. die *Therapeutic Alliance Scale* (TAS; Marziali, 1984), 4. die *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VPPS/VTAS; Hartley & Strupp, 1983) und 5. das auf Bordins Theorie basierende *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1989).

Eine aktuelle Metaanalyse von Horvath et al. (2011) verwertete 201 Studien mit mehr als 30 verschiedenen Messmethoden, um den Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg zu untersuchen. Die meisten Messmethoden wurden unabhängig voneinander entwickelt, und jede einzelne durchlief mehrere Phasen der Überarbeitung und Verfeinerung. In Anbetracht der schieren Masse überrascht es nicht, dass sie, wenngleich nicht identische, so doch verwandte, der Beziehung zugrunde liegende Konstrukte messen und die Überschneidungen dementsprechend gross sind (Tichenor & Hill, 1991). Zwei Kernaspekte der therapeutischen Beziehung, nämlich die persönliche Bindung sowie die Zusammenarbeit beziehungsweise Bereitschaft, sich in den therapeutischen Prozess einzugeben,

ziehen sich durch alle Konzeptionen (Horvath et al., 2011). Mit der Entwicklung der Fragebögen ging der Vorteil einher, dass die Einschätzung der Klient/innen nun durch die *self-report measures* wie Penn, VPPS oder TAS endlich aus deren eigener Perspektive erfasst wurde und nicht, wie so oft, aus der indirekten (und häufig abweichenden) Einschätzung der Fachpersonen. Erst durch die unterschiedlichen Fragebogenversionen für Klient/innen und Therapeut/innen war es möglich, die Diskrepanzen in der Vorstellung von einer guten therapeutischen Beziehung in ihrer Deutlichkeit sichtbar zu machen. So stellte Bachelor (1991) fest, dass Klientinnen und Klienten vor allem Wert auf ein empathisches, warmes Gegenüber legen, Therapeutinnen und Therapeuten hingegen auf eine gute aktive Zusammenarbeit. In dieser Studie wurde leider nicht explizit thematisiert, zwischen welchen Polen die therapeutische Beziehungsarbeit zu navigieren hat: Sowohl die haltende, stützende Funktion, als auch die kreditierende, das heisst zutruende, zu Veränderungen anregende Funktion sind für ein produktives therapeutisches Arbeiten vonnöten und es ist das richtige Mass zwischen den beiden zu finden. Dies benötigt viel soziale und emotionale Kompetenz, zumal die Therapeutin oder der Therapeut ja vor allem in der ersten Phase der Therapie, aber womöglich auch noch über lange Zeit, die häufig sehr defizitären Beziehungskompetenzen der Klientel auszugleichen hat.

Indes zeigt die Entwicklung zur Messbarkeit der therapeutischen Beziehung ebenfalls an, dass die Beachtung unbewusster Beziehungsaspekte im heutigen Wissenschaftsverständnis praktisch ausgeklammert, ja, nahezu inexistent ist. Ein gerade für die psychodynamischen Behandlungskonzepte äusserst relevanter Teil an Informationen zur Einschätzung des Beziehungsgeschehens fällt komplett weg. Ob den explizit geäusserten Anliegen der Klientinnen und Klienten im gewünschten Masse entsprochen werden soll, wie es die Fragebogenscreenings implizieren, oder ob, unter Beachtung des Übertragungsgeschehens, vielleicht doch ein alternativer Umgang damit zu wählen ist, bleibt in der Folge unbeantwortet.

7.2.5 Das dreiteilige Beziehungsmodell von Gelso und Carter

Ein Ansatz zur Beantwortung dieser Frage bieten Gelso und Carter (1994) mit ihrer Systematisierung der therapeutischen Beziehung. Ihr Beitrag besteht vor allem darin, die therapeutische Beziehung als solche überzeugend transtheoretisch definiert (siehe Kap. 7.1), ihre drei (Unter-)Konstrukte in einem stringenten und schulenunabhängigen Theorienmodell zusammengeführt und der empirischen Überprüfung unterzogen zu haben. Die therapeutische Be-

ziehung bildet sich gemäss der beiden Autoren aus folgenden, sich teilweise überlappenden und konstant interagierenden drei Komponenten: Der *Realbeziehung* (*real relationship*), dem *Arbeitsbündnis* (*working alliance*) sowie der *Übertragung* (und *Gegenübertragung*). Obgleich sie ihr Modell als transtheoretisch und unabhängig von der jeweiligen therapeutischen Tradition verstehen, ist der psychoanalytische Hintergrund bereits in den gewählten Begrifflichkeiten sofort erkennbar. Die theoretische Anlehnung an frühere Theoretiker (Greenson, Bordin, Rogers u.a.) wird von den Autoren ebenfalls transparent gehalten.

7.2.5.1 Die Realbeziehung: Die Basis

Die Realbeziehung bildet die Grundlage jeglicher Beziehung (Gelso, 2013). Sie wird als diejenige Beziehungsdimension definiert, die gänzlich unabhängig vom Übertragungsgeschehen besteht. Zwei sie definierende Besonderheiten zeichnen sie aus, nämlich 1) Echtheit im Kontakt (*genuineness*) und 2) die realistische Wahrnehmung des Gegenübers (*realistic perception*). Das Konstrukt der Echtheit (*genuineness*) besteht wiederum aus folgenden drei Elementen: Unmittelbarkeit (*immediacy*) – das heisst präsent im Hier und Jetzt zu sein –, Vertrautheit (*intimacy*) im Sinne gegenseitiger Akzeptanz und Empathie sowie affektive Authentizität (*affective authenticity*), also die Vermeidung von (Selbst-)Täuschungen jeglicher Art (Messer, 2012).

Die Definition der Realbeziehung ähnelt stark der therapeutischen Technik der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie, die auf den Pfeilern der bedingungslosen positiven Wertschätzung, Empathie und Kongruenz aufbaut (Rogers, 1951). Vor allem die Parallelen zu Carl Rogers' Grundhaltung der *Kongruenz* (1981/2007) sind nicht von der Hand zu weisen und werden von Gelso (2013) auch gewürdigt: «Genuineness or authenticity implies that the therapist be open and honest, or, as Carl Rogers said, genuineness implies that the client can see all the way through the therapist» (S. 119).

Obwohl die Realbeziehung für Carter und Gelso die fundamentalste Beziehungskomponente für die Therapie darstellt, wird sie von Forschern und Theoretikern ironischerweise am meisten vernachlässigt und am wenigsten verstanden, so die beiden Autoren. Sogar wenn ein Mensch prinzipiell für eine Psychotherapie geeignet, die eingesetzte Methode indiziert und die Fachperson qualifiziert ist, kann das Zusammenspiel von inkompatiblen Persönlichkeiten

im Sinne einer schlechten Passung (*mismatching*) die Entwicklung der erforderlichen vertrauensvollen, effektiven therapeutischen Beziehung verhindern (Strauss et al., 2015).

7.2.5.2 Das Arbeitsbündnis: Der Katalysator

Wenn die Realbeziehung die Basis jeglicher Beziehung bildet, so erlaubt das Arbeitsbündnis, dass die therapeutische Arbeit effektiv beziehungsweise überhaupt vonstatten gehen kann, «the alignment or joining of the reasonable self or ego of the client and the therapist's analyzing or 'therapizing' self or ego for the purpose of the work» (Gelso & Carter, 1994, S. 297). Zum Arbeitsbündnis gehören die explizite oder implizite Übereinstimmung über die Therapieziele (*goals*) und die zu deren Erreichung notwendigen therapeutischen Arbeitsschritte (*tasks*) sowie das Zutrauen, dass sich die gesetzten Ziele auch erreichen lassen (Gelso, 2013).

Zum Arbeitsbündnis wurde in den vergangenen Jahrzehnten ausgesprochen viel geforscht (siehe dazu die Meta-Analyse von Horvath et al., 2011). Die Zugänglichkeit und theoretische Generalisierbarkeit des Konstrukts mögen ihren Anteil an der vor allem extensiven Outcome-Forschung gehabt haben. Es gibt zudem auch Forschungsbemühungen, welche das Arbeitsbündnis nicht als statisches Moment in der Therapie begreifen, sondern die konstante Fluktuation in seiner Qualität über den therapeutischen Prozess hinweg anerkennen und untersuchen. Die Gruppe um Safran und Muran (z. B. Safran & Muran 1996; 2000; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011) beispielsweise beschäftigt sich, in der Tradition Bordin (1979, 1994), mit sogenannten Rupturen im Arbeitsbündnis und deren therapeutischer Bearbeitung (Stichwort: *tear and repair*).

7.2.5.3 Übertragung und Gegenübertragung: Konflikt und Projektion

Die Definition des Übertragungsphänomens übernehmen Gelso und Carter von Greenson (1965): «The experiencing of feelings, drives, attitudes, fantasies, and defenses toward a person in the present which are inappropriate to that person and are a repetition, a displacement of reactions originating in regard to significant persons of early childhood» (S. 156). Gegenübertragung wird als die Übertragung des Therapeuten auf den Patienten definiert. In Bezug auf die Übertragungsbeziehung betonen sie die zentrale Rolle von irreführenden Erwartungen an Behandler/innen:

Within these definitions, expectations are given a central role. For example, not only will clients experience feelings toward their therapists that the therapists have not caused, or ‘earned,’ but clients will have essentially inaccurate (transference-based) expectations of therapists' behavior and feelings and of themselves with that therapist. Clients will tend to distort their therapists so as to make them consistent with those expectations, and will modify their own behavior and feelings to conform to those expectations. (Gelso & Carter, 1994, S. 297)

Die Autoren räumen den Übertragungsphänomenen in ihrer Konzeption der therapeutischen Beziehung explizit Platz ein und machen darüber hinaus auch kenntlich, dass es mit Übertragungsgefühlen nicht getan ist; Klient/innen richten auch fehlgeleitete Erwartungen an die Behandelnden. Erst durch die Integration der Übertragung in das Konzept kann auch reflektiert werden, dass eben nicht, wie bei den vermeintlich objektiven standardisierten Messmethoden, auf alle Bedürfnisse der Klient/innen gleichermassen eingegangen werden soll. Vielmehr tut eine sorgfältige Einschätzung des Beziehungsgeschehens Not.

Ein Review von 16 qualitativen und quantitativen Studien zum Übertragungsgeschehen in nicht-analytischen Therapien (Gelso & Bhatia, 2012) stützt die in der theoretischen Konzeption enthaltene These, dass Übertragung schulenunabhängig in jeder Therapie vorkomme:

... transference indeed happens in nonanalytic therapies, and it does not seem to happen much less than in analytic therapies. The content of transference is also essentially the same in nonanalytic and analytic therapy, and transference does not appear to be an artifact of the analytic therapist. That is, it is not simply created by the therapist's belief in its existence. Lastly, transference is likely to show itself, perhaps increasingly [as treatment progresses], whether or not the therapist attends to it. (S. 387)

Jedoch ist der Begriff der Übertragung aufgrund seiner starken Verankerung in der psychoanalytischen Tradition vielen Nicht-Analytiker/innen nur schwer nahe zu bringen. In manchen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Lehrbüchern ist denn auch in Anlehnung an den Übertragungsbegriff von *Schemabeziehung* die Rede (Laireiter, 2008; Neumann et al., 2013; Pauza, 2012).

7.2.5.4 Empirische Prüfung des dreiteiligen Modells

Ob sich das theoretische Modell von Gelso und Carter empirisch belegen lässt, ist noch nicht gänzlich geklärt. Die Forschung dazu erweist sich als äusserst komplex. Realbeziehung und

Arbeitsbündnis weisen in Patientenratings eine geringe Trennschärfe auf; für jene sind diese beiden (nicht-neurotischen) Beziehungsanteile, nicht weiter erstaunlich, zumeist ein und das-selbe (Gelso, 2013).

Eine Studie von Bhatia und Gelso (2013; zit. nach Gelso, 2013, S. 128) wirft die Frage auf, ob allenfalls ein vierteiliges Modell der therapeutischen Beziehung vorzuziehen wäre. Wenn-gleich Übertragung und Gegenübertragung aus theoretischen und stilistischen Gründen in einen Faktor zusammengefasst werden können, bilden sie – zumindest in der wissenschaftli-chen Untersuchung – zwei distinkte Geschehen ab, die getrennt und mittels unterschiedlicher Erhebungsmethoden angegangen werden müssen (Gelso, 2013).

7.3 Schulenübergreifende Empfehlungen zur Beziehungsgestaltung im Erstgespräch

Wie wird nun eine gute therapeutische Allianz im Erstgespräch hergestellt und wie nimmt man eine beziehungsfördernde therapeutische Haltung ein? Offenbar waren diese Fragen immer schon schwierig zu beantworten. In den 1950er Jahren schrieben Gill et al.: «The first aim [Anm. d. Autorin: die Herstellung des *rapport*] can be hardly taught. Its effective accom-plishment depends on the interviewer's personality. If he is unable to be friendly in the pro-fessional situation, the only remedy ... is psychotherapy for himself» (1954, S. 88). Was schwer zu fassen und kaum vermittelbar erscheint, dem muss in der Theorie offenbar auch nicht viel Beachtung geschenkt werden. Diese Haltung gilt allgemein für die gesamte Gilde der Psychotherapie:

The APA Template for Developing Guidelines ... sagely recognizes that factors common to all therapies, “such as the clinician's ability to form a therapeutic alliance ... are powerful determi-nants of success across interventions” but only vaguely addresses how research protocols or indi-vidual practitioners should do so. For another example, the scholarly and comprehensive review on treatment choice from Great Britain (Department of Health, 2001) devotes a single paragraph to the therapeutic relationship. Its recommended principle is that “Effectiveness of all types of thera-py depends on the patient and the therapist forming a good working relationship” (p. 35), but no evidence-based guidance is offered on which therapist behaviors contribute to that relationship. Likewise, although most treatment manuals mention the importance of the therapy relationship, few specify which therapist qualities or in-session behaviors lead to a curative relationship. All of this is to say that extant lists of EBPs [evidence-based practices] ... in mental health give short shrift – some would say lip service – to the person of the therapist and the emergent therapeutic re-

lationship. The vast majority of current attempts are thus seriously incomplete and potentially misleading, both on clinical and empirical grounds (Norcross & Lambert, 2011a, S. 8-9).

7.3.1 Allgemeingültige Elemente der therapeutischen Beziehung im Erstgespräch

Eine bessere Orientierung, wie man sich im Erstgespräch zu verhalten hat, um zu einer therapieförderlichen Atmosphäre beizutragen, erhält man, wenn man das Konstrukt der therapeutischen Beziehung in dessen zugrunde liegende Elemente hinunterbricht. Gemäss der APA gelten folgende Moderatorvariablen der therapeutischen Beziehung als generell wirksam zur Förderung eines guten Kontaktes im Erstgespräch (Norcross, 2011):

- Eine Atmosphäre der positiven Zugewandtheit und Bestätigung
- Übereinstimmung und Echtheit im Kontakt
- Empathie
- Die Erreichung eines Konsenses über die Therapieziele
- Das Einholen von Patientenrückmeldungen

Andere Moderatoren wie das Reparieren von Brüchen im Arbeitsbündnis (Safran & Muran, 1996; Safran et al., 2011) oder die Handhabung und Bewältigung schwieriger Gegenübertragungsgefühle (Hayes et al., 2011) werden im Verlauf einer Therapie sehr wichtig, stehen im Erstgespräch aber weniger im Vordergrund.

Die aufgelisteten Wirkfaktoren passen zu Horvath und Luborskys (1993) Annahme, dass es zwei kritische Phasen der Beziehungsbildung in der Therapie gibt. Die erste betrifft die initiale Entwicklung der guten therapeutischen Beziehung innerhalb der ersten fünf Sitzungen. Die zweite kritische Phase setzt dann ein, wenn der oder die Therapeutin beginnt, die neurotischen Muster seines Klienten oder seiner Klientin anzugehen. Diese aktiveren Interventionen können dann als eine Verminderung an Sympathie und Unterstützung aufgefasst werden. An dieser Stelle interessiert die erste kritische Phase, nämlich diejenige der initialen Beziehungsbildung. Ein genügend gutes Mass an Vertrauen und Zusammenarbeit muss erreicht werden, schreiben die Autoren: «The client needs to join the therapist as a participant in the therapeutic journey, agree on what needs to be accomplished, and develop faith in the procedures that provide the framework of the therapy» (ebd., S. 567).

Die Ziele in der therapeutischen Beziehungsgestaltung in der Abklärungsphase sind somit klar umrissen: Erstens muss ein guter Kontakt hergestellt werden. Durch eine freundliche zugewandte Haltung, Echtheit im Kontakt sowie das empathische Eingehen auf das Gegenüber wird (ein für den Beginn genügend Mass an) Vertrauen geschaffen. Der zweite Punkt betrifft das Thema der Zusammenarbeit. Therapie ist gemeinsame Arbeit und kann nur erreicht werden, wenn bei beiden Beteiligten die Motivation dazu besteht und sie sich auf das Vorgehen und die Ziele einigen können. Um Missverständnisse zu vermeiden müssen Therapeutinnen und Therapeuten dafür immer wieder Rückmeldungen einholen.

7.3.1.1 Vertrauen schaffen

«In der Einleitung der Therapie versucht der Patient, sich in einer fremden und beunruhigenden Situation zurecht zu finden. Es ist wesentlich, dass eine vertrauensvolle Beziehung entsteht», vermerken Thomä und Kächele (2006a, S. 43). Doch wie gelingt Vertrauensbildung? Zu dieser tragen Therapeut/innen bei, indem sie sich positiv und wohlwollend bestätigend geben (*positive regard, affirmation*) und auf kritische, spöttische oder moralisierende Kommentare verzichten (Grimmer, 2005). «There is empirical support of Freud's original proposition that a friendly, sympathetic attitude toward the client is beneficial for the initial development of the alliance» (Horvath & Luborsky, 1993, S. 568). Auch eine kreditierende Haltung, also Zutrauen und positive Erwartungen in das Entwicklungs- und Veränderungspotenzial des Klienten oder der Klientin, führt zur Stärkung des Selbstvertrauens und weckt im anderen Hoffnung und Zuversicht auf eine positive Veränderung (Grimmer, 2005). Therapeutinnen und Therapeuten sollten versuchen, im Kontakt echt zu sein (*congruence/genuineness*). «In psychotherapy this means that the therapist is openly 'being the feelings and attitudes which at the moment are flowing within him'» (Rogers et al., 1967, S. 100; zit. nach Kolden et al., 2011, S. 188). Das bedeutet nichts anderes, als authentisch zu sein, und zwar sich selbst und dem anderen gegenüber (Kolden et al., 2011).

Die Weisung wiederum, empathisch auf die Klient/innen einzugehen, eröffnet ein weites Feld der Reflexion. Empathie als eine Haltung der Einfühlung und ein Prozess der Verständigung wurde auf viele Arten definiert. Empathie lässt sich auch auf neurologischer Ebene fassen (Stichwort: Spiegelneurone), was hier nur kurz erwähnt werden soll, um die tiefgreifenden psychischen und körperlichen Vorgänge zu verdeutlichen, die diesem Prozess zugrunde lie-

gen, (Decety, 2009). Von den Autoren der Arbeitsgruppe der APA zur therapeutischen Beziehung wird auf die Definition Carl Rogers' (1980) zur Empathie verwiesen:

... the therapist's sensitive ability and willingness to understand the client's thoughts, feelings and struggles from the client's point of view. [It is] this ability to see completely through the client's eyes, to adopt his frame of reference ... (S. 85) ... It means entering the private perceptual world of the other ... being sensitive, moment by moment, to the changing felt meanings which flow in this other person ... It means sensing meanings of which he or she is scarcely aware ... (S. 142; zit. nach Elliott, R. et al., 2011, S. 133)

Sich in das Gegenüber einzufühlen, geschieht demnach auf vielen Ebenen: emotional, kognitiv, im stattfindenden Moment selbst oder weiter gefasst, in der Vorstellung wie es wäre, diese Person zu sein. Es gibt etliche Wege, diese Einfühlung zu demonstrieren: Indem man laut reflektiert, empathische Fragen formuliert, Interpretationen gibt, die nahe an der Erfahrung des Gegenübers liegen, empathische Mutmassungen anstellt und so weiter. Empathie beschreibt folglich ein höchst komplexes Geschehen, sowohl der rezeptiven Einfühlung, als auch der einführenden therapeutischen Handlungen (Elliott, R. et al., 2011). Empathie spiegelt sich auch im nonverbalen Verhalten wieder und bedeutet zum Beispiel auch, mimisch Affekte zu spiegeln, welche der Klient oder die Klientin zunächst noch gar nicht auszudrücken vermag (Krause, 2012; Krause & Merten, 1996). Das Gegenüber immer nur nett anzuschauen und ihm stets lächelnd zu begegnen, ist hingegen falsch verstandene Empathie und zeigt oftmals eine unbewusste Abwehrdynamik im therapeutischen Geschehen an (Rasting, 2008).

7.3.1.2 Die gute Zusammenarbeit entwickeln: Das Arbeitsbündnis

Konsens zu Therapiezielen und -aufgaben

Das zweite wesentliche 'Beziehungsziel' im Erstgespräch betrifft die Fähigkeit der Therapeutin oder des Therapeuten mit der ratsuchenden Person ein funktionierendes Arbeitsbündnis herzustellen. Dazu gehört die Konsensfindung zu den Therapiezielen (*goals*) und zum Vorgehen (*tasks*). Dies geschieht in einem interessanten Aushandlungsprozess, in welchem die ratsuchende Person aktiv miteinbezogen werden muss:

On one hand, the clients "clothe the therapist with authority" (Freud, S., 1913, S. 99–108), but on the other hand, they also need to feel that this power and authority is shared. This sense of collaboration and participation may importantly contribute to a sense of safety that is essential for the development of trust between therapist and client and deep commitment to the therapeutic journey. (Horvath & Luborsky, 1993, S. 568)

Aktives Monitoring

Behandelnde sind erstaunlich schlecht darin, negative Tendenzen in einer Behandlung und sogar das Scheitern einer solchen vorauszusehen (Lambert, 2010, S. 84ff.). Die Anweisung an sie lautet insofern, Rückmeldungen aktiv und regelmässig einzuholen. «Practitioners are encouraged to routinely monitor patients' responses to the therapy relationship and ongoing treatment. Such monitoring leads to increased opportunities to reestablish collaboration, improve the relationship, modify technical strategies, and avoid premature termination» (Norcross & Wampold, 2011a, S. 424). Im Therapieverlauf macht es zum Beispiel Sinn, in regelmässigem zeitlichem Abstand den Gesundheitsstatus zu erfragen. Vor allem bei Suchterkrankungen ist es Usus, Rückfälle und Suchtverhalten sehr genau zu erfragen (Lambert, 2011). Dies hilft, wieder auf das eigentliche Problem und Therapieziel zu fokussieren (Sapyta et al., 2005). Bei vermuteter Suizidalität ist aktives Monitoring ein Muss. Diese nicht aktiv anzusprechen, gilt heutzutage als krasser Kunstfehler.

Für die erste Phase der Therapie und folglich auch für das Erstgespräch wird mit dem Einholen von Rückmeldungen ein anderer Schwerpunkt gelegt: Gerade zu Beginn einer Therapie ist es gut möglich, dass die Meinung über das Problemverständnis, die Erwartungen an eine Therapie oder die Einschätzung der Beziehungsqualität auseinandergeht. Darum wird ein *aktives Monitoring* der Beziehung empfohlen. (Horvath et al., 2011). Als klinisches Beispiel, was damit nebst einer reinen Fragebogenerhebung gemeint sein kann, dient der folgende Transkriptauszug aus dem Artikel von Horvath et al. (2011, S. 11) aus der fünften Sitzung einer Therapie. Sie könnte in etwas abgewandelter Form auch im Rahmen einer Abklärung, vielleicht sogar in einem Erstgespräch, vorkommen:

C: Well aren't you going to ask me what this reminds me of?

T: You think I should?

C: You do; always.

T: Because we agreed that looking at connection between past relationship patterns and how you and [name] are getting on is ...

C: [voice over] Yes, unfinished business ... and all that.

T: It may be that there is a pattern here, which would be useful to explore and understand better. Once we understand it, we can recognize it, and perhaps prevent a replay of the same old grooves ... [pause 10 sec]

T: I said that "we agreed" that this is the way to go, but I get the sense that you may not be convinced that's so ... it is such a good idea.

C: Look, I mean ... you are the therapist and I keep fucking up with my "old lady". So I guess I better start thinking & talking about these patterns ... I wish there was a pill or electric shock therapy to ..., it would be faster. [sigh]

T: Maybe we better take a step back. I am a therapist, but I can't give you a pill or shock you to fix you. And looking for these unfinished patterns don't seem to make an awful lot of sense to you ... right now. But I hear you are willing to be a "good client".

C: But this not what it is about, about me being good, I mean, right?

T: What would you say if you were not a "good patient"? Would you rebel?

C: I guess I might ... It's crazy you know, before I got married I was a pretty wild dog ... long hair, motorcycles, some pretty crazy stuff.

T: So, what happened? Where did the "crazy you" go? What did you do with him?

C: Married, good job, slick house, nice kids, you know ...

T: You think I might meet this character? He seems to have been shut up but not forgotten ... He might have something interesting to say ...

C: I might be a little afraid of my old self ... But [with different voice]: Doc, I'm trash, my old man was trash, but he put his money in good booze; not in psychiatrists' pockets!

T: He did not have much faith in this therapy business

C: Yeah, of course you should not let him write the check for the session; it would for sure bounce ... [both laugh]

Die gute Zusammenarbeit basiert auf einem Aushandlungsprozess

Unter dem Motto *Prioritize negotiation over collaboration* wird jedoch Kritik an der Auslegung der konsensuellen Zusammenarbeit laut (Doran, 2016). Cushman und Gilford (2000) bemerken, dass das Konzept des Arbeitsbündnisses zu stark mit dem Gedanken der Einvernehmlichkeit (*agreement*) verschmolzen ist. Dass andere Arten, eine Beziehung zu entwickeln, ebenfalls therapeutisch wirkungsvoll sein können, wird vernachlässigt. Gerade der Bedeutung der zwischenmenschlichen Konflikte und deren Bearbeitung in der Therapie werde

zu wenig Raum gegeben. Angesprochen wird das Risiko, eine vordergründige Compliance für eine echte, gute Beziehung zu halten (Cushman & Gilford, 2000; Safran & Muran, 2006). Gerade bei abhängigen und submissiven Persönlichkeiten wird gerne gegen die eigene Überzeugung Übereinstimmung mit dem oder der Therapeutin geäußert, um Harmonie aufrecht zu erhalten und Zerrüttungen in der Beziehung zu vermeiden (Bender, 2005; Wachtel, 2008; zit. nach Doran, 2016, S. 149).

Diese Kritik scheint angekommen zu sein. Die Konzeptualisierung des Arbeitsbündnisses findet langsam aus seiner stark verhaltenstherapeutischen Haltung heraus, die unbewusste (Übertragungs-)Prozesse vornehmlich ignoriert. Nicht mehr die (oberflächliche) geäußerte Übereinstimmung zu Zielen und Aufgaben bezeugt den Therapieerfolg. Vielmehr liegt die positive Wirkung im *Aushandlungsprozess* (*intersubjective negotiation*) selbst verortet. Im Grunde findet das Konzept des Arbeitsbündnisses wieder zu seinen Wurzeln bei Greenson (1965) zurück. Er umschrieb dessen Funktionsweise folgendermassen: «The constant scrutiny of how the patient and the analyst seem to be working together, the mutual concern with the working alliance, in itself serves to enhance it» (S. 174).

In der psychoanalytischen Tradition gehört der Umgang mit schwierigen Beziehungssituationen zur bewährten Arbeitstechnik, so die effektiv wirksame Bewältigung schwieriger Gegenübertragungsgefühle und die Handhabung der (sich im Therapieprozess zwangsläufig einstellenden) Rupturen im Arbeitsbündnis. Safran und Muran (Safran et al., 2011) haben ihre Forschung auf ebendiese Thematik ausgerichtet. Die beiden Autorinnen Hill & Knox (2009) teilen deren und auch Bordin's Annahme, dass letztlich das konstante Rütteln und Kitten an der therapeutischen Beziehung (*tear-and-repair phenomenon*) diese im Endeffekt stärker macht, ähnlich wie auch eine Alltagsbeziehung zwischen Paaren, Familienmitgliedern oder Freund/innen durch Streit und Versöhnung geprägt ist und schliesslich eben auch erst dadurch Tiefe und gegenseitiges Verständnis entstehen kann. Wenn Therapeut/in und Klient/in direkt im Hier und Jetzt ihre Gefühle füreinander und die sich unvermeidbar in ihrer Beziehung ergebenden Probleme ansprechen (auch benannt als Metakommunikation oder Beziehungsarbeit), können Gefühle akzeptiert, Probleme gelöst und die Beziehung gefestigt werden. Der Klient oder die Klientin wird, was er oder sie dabei lernt, in andere Beziehungen ausserhalb der Therapie transferieren.

Anzustreben wäre daher ein Modell der Komplementarität (Tracey & Ray, 1984) im Arbeitsbündnis, «in which patient and therapist follow or diverge from each other in therapy, with more shared autonomy and responsibility resulting in more positive therapeutic exchanges» (Doran, 2016, S. 153). Es ist erwähnenswert, dass sogar Bordin (1994) selbst sein Konzept der *therapeutischen Allianz* in seiner späteren Arbeit um dieses Element, also die Fähigkeit der Gesprächspartner/innen, Probleme in der therapeutischen Beziehung zu erkennen und zu reparieren, erweiterte.

7.3.3 Therapeutische Techniken und Beziehungsarbeit lassen sich nicht trennen

*Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt,
derart, dass letzterer den ersteren bestimmt
und daher eine Metakommunikation ist.
(Watzlawick et al., 1967/2011, S. 64)*

Im obigen Kapitel wurde bereits beschrieben, dass sich in der psychoanalytischen Therapie die Entwicklung und Pflege einer guten therapeutischen Beziehung nicht von therapeutischen Interventionen trennen lässt (Stichwort: Aushandlungsprozess). Zur psychoanalytischen Behandlungstechnik der Deutung schreibt Grimmer (2014, S. 36ff.), dass eine gute Deutung auf eine Art und Weise an den Patienten herangetragen werde, dass sie auch beziehungsregulierend wirke. Was von Objektbeziehungstheorikern als 'Heilung durch neue Beziehungserfahrung' und von Vertretern der *relational theory* wie Safran, Muran, Samstag und Stevens (z. B. Safran & Muran, 2000; Safran et al., 2002) als 'Heilung durch Veränderung impliziten Beziehungswissens' definiert wird (Neukom et al., 2011, S. 471-472), drückt aus, dass die Arbeit an einer guten therapeutischen Beziehung die Modifikation maladaptiver Beziehungsmuster und damit die psychoanalytische Intervention an sich ist.

Dass therapeutische Beziehung und verfahrensspezifische Behandlungstechnik nicht als dichotome Elemente einer Therapie funktionieren, sondern als in höchstem Masse voneinander abhängig und eng miteinander verflochten sind, gilt für alle grossen Therapieverfahren und wird durch die aktuellen Forschungsergebnisse breit abgestützt (Norcross & Lambert, 2011a):

We acknowledge the deep synergy between treatment methods and the therapeutic relationship. They constantly shape and inform each other. Both clinical experience and research evidence ... point to a complex, reciprocal interaction between the interpersonal relationship and the instru-

mental methods. Consider this finding from a large collaborative study: For patients with a strong therapeutic alliance, adherence to the treatment manual was irrelevant for treatment outcome, but for patients with a weak alliance, a moderate level of therapist adherence was associated with the best outcome (Barber et al., 2006). The relationship does not exist apart from what the therapist does in terms of method, and we cannot imagine any treatment methods that would not have some relational impact. Put differently, treatment methods are relational acts (Safran & Muran, 2000). (S. 4-5)

Wenn Behandlungsmethoden im Grunde Beziehungsakte sind, wie die Autoren anführen, ist eine Intervention also gleichzeitig immer auch Beziehungsarbeit. In diesem Sinne kann der Therapeut keine gute Beziehung ‚aufbauen‘. Vielmehr tut er seine therapeutische Arbeit in einer Art und Weise, die zum Aufbau einer guten Beziehung führt.

7.4 Zusammenfassende Betrachtung: Das therapeutische Vorgehen ist an die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Ratsuchenden anzupassen

Das Zustandekommen einer Therapie ist im Wesentlichen davon abhängig, ob die Gesprächspartner/innen einen guten Kontakt zueinander finden. Wie die Zusammenstellung der Theorie dazu verdeutlicht, sind eine empathische, respektvolle und freundliche Beziehungsgestaltung die Voraussetzung dazu. Gleichzeitig braucht es aber auch die Einbindung der Klient/innen. Um diese zu erreichen, muss in der Anfangsphase die therapeutische Methode, also die Art und Weise, wie an den Therapieaufgaben gearbeitet wird, an die Bedürfnisse, Erwartungen und Fähigkeiten der Klientel angepasst werden. Hierzu zählen die Beachtung 1) der individuellen Abwehr bzw. des Widerstands einer Person (*reactance/resistance*), 2) ihrer Wünsche und Vorlieben (*preferences*), 3) des kulturellen Hintergrunds, 4) der Religiosität/Spiritualität, 5) der Phase der Veränderung, in der sich jemand befindet (*level of change*), 6) ihrer Erwartungen an die Behandlung und den Therapieerfolg (*expectations*), 7) ihres Copingstils und 8) des Bindungsstils des jeweiligen Menschen (Norcross & Wampold, 2011b). Eine gute Beziehung versteht sich zu einem gewissen Grad als Folge einer glatt verlaufenden Abstimmung eben dieser Elemente (Horvath et al., 2011).

Was bedeutet es nun aber konkret, die Beziehungsgestaltung an die Bedürfnisse des Gegenübers auszurichten und dennoch, wie es verlangt wird, authentisch zu bleiben? Eine Fachperson kann ihre eigene Wesensart nicht unendlich flexibel an das Gegenüber anpassen und dies wird auch nicht verlangt. Sie kann sich allerdings in der Art ihrer Beziehungsgestaltung

an den Bedürfnissen des Gegenübers ausrichten und ihre Stimmungen besser oder schlechter kontrollieren. Je besser ausgeprägt die eigenen interpersonalen Fähigkeiten (*high-facilitative*), desto eher scheinen Fachpersonen befähigt, auch bei eigener 'schlechter Laune' einen empathischen, warmen und echten Beziehungsstil aufrecht zu erhalten (Gurman, 1973). «...experienced psychotherapists are disciplined improvisationalists who have stronger self-regulating skills and more flexible repertoires than novices» (Norcross & Lambert, 2011a, S. 17). Je erfahrener sie ist, desto weniger ist eine Fachperson in der Sitzung also mit sich selbst beschäftigt und desto besser gelingt es ihr, das Augenmerk auf ihr Gegenüber zu richten. Ganz generell pflegen erfahrene Therapeut/innen stärker eine 'eklektische' Orientierung, die an die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Klient/innen angepasst ist (Auerbach & Johnson, 1977; zit. nach Norcross & Lambert, 2011a, S. 17).

Es ist von grösstem Interesse, Problem und Anliegen aus der Perspektive der Ratsuchenden wahrzunehmen. Nur wenn dies gelingt, sind sie zu einer konstruktiven Zusammenarbeit bereit. Dabei muss beachtet werden, dass eine Übereinstimmung nicht aus Lippenbekenntnissen zum gemeinsamem Vorgehen und Zieldefinition besteht, sondern dass eine echte Zusammenarbeit ein Aushandlungsprozess ist.

Unter dem Motto "Der Patient weiss es besser" muss jeder Analytiker bereit und fähig sein, seine mühsame Suche nach dem Sinn einer Mitteilung neu zu beginnen, wenn der Patient ihm signalisiert, dass der eingeschlagene Weg verlegt ist. Im Grunde versteckt sich dahinter die Einsicht, dass die therapeutische Arbeit nur zu einem Ziel führen kann, wenn der Analytiker durch sein Verhalten trotz der hierarchischen Abstufung der Ausgangsrollen Arzt und Patient dem Patienten den Spielraum und die Chance einräumt, ein gleichberechtigter Gesprächspartner zu werden. (Argelander, 1976, S. 678)

Wird das Gegenüber als eigenständiger und gleichberechtigter Gesprächspartner angesehen, ist davon auszugehen, dass dessen Haltung und Meinung in vieler Hinsicht von derjenigen seines Behandlers abweichen wird (denn keine zwei Menschen sind sich in ihren Bedürfnissen und Sichtweisen gleich). Harmonische Einigkeit ist somit trügerisch. Reibungen und Rupturen in der Beziehung sind unvermeidbar. Sich auf diesen andauernden Abstimmungs- und Aushandlungsprozess einzulassen, basiert auf einem grundlegend anderen Therapieverständnis, als wenn man die therapeutische Beziehung als ein Thema erlebt, das man 'so nebenher' pflegen kann. Die therapeutische Beziehungspflege *ist* dann Therapiearbeit.

Zusammenfassend erschliesst sich so die Bedeutung der Feststellung von Safran und Muran (2000) für das Erstgespräch, wonach Behandlungsmethoden im Grunde Beziehungsakte sind. Nimmt man diesen Blickwinkel ein, verschiebt sich der Fokus auf die Beziehungsarbeit, und die Methode geschieht – salopp formuliert – 'nebenbei' (ohne dass sie freilich an Bedeutung verlieren würde!). Dies ist eigentlich nur folgerichtig, da die Methode hundertfach eingeübt ist, während das Gegenüber jeweils ein neues und äusserst komplexes Individuum ist, das es zu verstehen gilt. Und dieser Blickwinkel erklärt – im Kontext der vorliegenden Arbeit – auch, weshalb eine Abhandlung über das Erstgespräch aus Sicht der psychoanalytischen Theorie (Kapitel 6) und diejenige über die therapeutische Beziehungsarbeit im Erstgespräch so viele Überschneidungen aufweisen und in der Bearbeitung oft kaum zu trennen waren: Das gleiche Thema wird von zwei Seiten her beleuchtet. Um mit Norcross und Lambert (2011a) zu schliessen: «The value of a treatment method is inextricably bound to the relational context in which it is applied» (S. 5).

8 Das Erstgespräch aus Sicht der Ratsuchenden: Das Anliegen

Der theoretische Überblick zum Erstgespräch macht sichtbar, wie schwer es den Menschen fällt, sich in ein psychotherapeutisches Erstgespräch zu begeben. Ebenfalls wird deutlich, dass die psychoanalytische Theorie über eine äusserst ausgefeilte Diagnostik verfügt und zahlreiche Ratschläge anführt, wie die Behandelbarkeit einer Person im ersten Gespräch in Einklang mit der Behandlungstheorie eingeschätzt und getestet werden soll. Der Blick des Analytikers auf die ratsuchende Person bleibt – mit Ausnahmen – jedoch im Grundsatz derjenige auf einen 'zu behandelnden Fall'. Es muss indes davon ausgegangen werden, dass Laien im Normalfall nicht über das Fachwissen verfügen, um für ein solch verfahrensspezifisches, manchmal irritierendes Vorgehen genügend Verständnis aufzubringen. Es darf auch nicht vergessen werden, dass das Misstrauen gegenüber der Psychotherapie (die oftmals auch mit der Psychiatrie gleichgesetzt wird) und ihren Vertretern bei Laien oftmals gross ist. Von Vorschussvertrauen kann keine Rede sein. Darum ist man gut beraten, sich an die Empfehlungen aus der empirischen Forschung zur Therapiebeziehung zu halten: Durch eine Atmosphäre der positiven Zugewandtheit, das empathische Eingehen auf das Gegenüber und seine aktive Einbindung ist ein genügendes Mass an Vertrauen aufzubauen. Damit eine Zusammenarbeit zustande kommen kann, müssen sich Fachpersonen stärker an ihren Klient/innen orientieren.

Es ist Zeit, diese Klientenorientierung im Erstgespräch auch konzeptuell zu gewichten. Was – vor allem in der psychoanalytischen Behandlungstheorie – immer noch fehlt, ist eine schlüssige und eingängige Konzeption, die das Erstgespräch folglich von den Klient/innen und nicht von einer Behandlungstheorie her denkt. Hier kommt das *Anliegen* ins Spiel. Es steht dafür, Klient/innen als ebenbürtige Gesprächspartner/innen zu begreifen und zu behandeln. Dies hat weitreichende Implikationen für die therapeutische Haltung und Gesprächsführung. Fragen der Diagnostik und Indikation treten in den Hintergrund (werden aber natürlich nicht vergessen). Die Problemsicht der Klient/innen, ihr Anliegen an dessen Bearbeitung, aber auch ihre (oftmals nur indirekt zu erschliessende) Forderung, wie sie behandelt werden wollen, erhalten demgegenüber Priorität.

Die Positionierung des Gegenübers als für das therapeutische Geschehen gleichermassen bestimmend und verantwortlich widerspricht zunächst der klassischen Arzt-Patient-Rollenverteilung. Die Fachperson hat zwar weiterhin und unbestritten den Expertenstatus in ihrem

fachlichen Feld inne, nicht aber die Deutungs- und Entscheidungshoheit über das Problem der ratsuchenden Person und wie damit umzugehen ist. Dies muss im Gespräch erst verhandelt werden. Entsprechend müssen die Sichtweise der betroffenen Person und die von fachlichen Überlegungen geprägte Perspektive der Fachperson irgendwie zusammenfinden. Anders als beim *Arbeitsbündnis*, das auf die Verhandlung explizit fassbarer Therapieziele und -aufgaben setzt, geht es beim *Anliegen* um Verständigungs- und Einigungsprozesse, die sich auf impliziten Ebenen bewegen und nicht nur den Umgang mit dem Problem, sondern auch die Beziehung zwischen den Gesprächspartner/innen umfasst. Sie sind somit ungleich komplexer, als dass sie im Konzept des Arbeitsbündnisses gefasst werden könnten.

Das Konstrukt des Anliegens, wie es in der nun folgenden empirischen Studie getestet werden soll, baut auf verschiedenen empirischen Vorarbeiten auf, die in den folgenden Unterkapiteln im Detail beschrieben werden. Nothdurft (1984) und Wilke (1992) erarbeiteten eine erste Definition des Anliegens und grenzten dieses vom Begriff des *Problems* ab. Eine erste *konzeptuelle* Fassung des Anliegens findet sich bei Mathys et al. (2013). Sie fokussiert vor allem auf der präzisen Erfassung der verschiedenen Anliegensthemen. In Bezug auf das Anliegen existieren auch Patientenbefragungen zur Zufriedenheit mit Erstgesprächen. Sie machen deutlich, dass den Ratsuchenden vor allem an einer aktiven Einbindung und weniger stark an der präzisen diagnostischen Erfassung ihrer Problematik gelegen ist.

8.1. Problem ist nicht gleich Anliegen

Eine erste empirisch abgestützte begriffliche Definition des Anliegens stammt nicht von ungefähr aus der Forschung zu Beratungsgesprächen (Nothdurft, 1984). Beratung (oder Coaching) zeichnet sich von jeher durch eine starke Klienten- und Zielorientiertheit aus und hebt sich dadurch von den mehr defizit- oder problemorientierten psychotherapeutischen Ansätzen ab. In einer inhalts- und gesprächsanalytischen Studie untersuchte Nothdurft Beratungsgespräche (Coaching), die er in einem sehr allgemeinen Sinn als «Gespräche über Probleme» (ebd., S. 11) definierte. Schwerpunkt des Interesses bildete die Frage, wie das Thema von Beratungsgesprächen von den Klienten als 'Problem' dargestellt und dann durch das kommunikative Handeln der Beteiligten interaktiv ausgehandelt wird. Er unterschied demnach zwischen *Präsentation* und *Aushandlung* des Problems.

Besonders gelungen sind Nothdurfts Ausführungen zum Anliegen. Die Übersetzung von der Problemexplikation zum Anliegen ist gemäss dem Autor erforderlich, weil in der Problemexplikation nur ein Sachverhalt konstatiert wird, aus dem höchstens implizit Leitlinien für die Problembearbeitung zu erschliessen sind. «Im Anliegen wird der Sachverhalt bestimmt, auf den hin die Beratungsaktivitäten entwickelt werden sollen» (ebd., S. 36). Es repräsentiert also den Sachverhalt, der als lösungsbedürftig angesehen wird. Das Anliegen beinhaltet ausserdem eine interaktive Komponente, welche die Beraterkompetenz miteinschliesst und ist häufig an Aufforderungsformulierungen erkennbar ('und wie sehen Sie das jetzt?'). Auf der anderen Seite ist ein formuliertes Anliegen nicht bereits das eigentliche Problem. Oft tauchen in Beratungsgesprächen wichtige Stücke der Problemstellung nicht auf, und die Beteiligten gehen unmittelbar zur Verabredung eines Anliegens über, ohne dass genügend deutlich geworden ist, welches eigentlich der problematische Sachverhalt ist.

Einen ähnlichen inhalts- und konversationsanalytischen Ansatz verfolgte Wilke (1992) in ihrer Studie zu Eröffnungssequenzen psychoanalytisch orientierter Erstgespräche. Besonders interessant sind auch in dieser Studie die Ausführungen zum Anliegen. Wilke untersuchte Redezüge der Ratsuchenden, die als Antwort auf die Eingangsfrage der Therapeut/innen nach dem (im weitesten Sinne) Grund des Kommens erfolgen ('was führt Sie hierher?'). Wilke konnte dabei belegen, dass im ersten Redezug der Patient/innen als Antwort auf diese Initialfrage Regularitäten im Sinne charakteristischer Themen-Muster feststellbar sind. Diese erste «Visitenkarte» (ebd., S. 291), die Klient/innen der Fachperson 'entgegenstrecken', enthält ein *Etikett* (Aufhänger, z.B. Symptom), eine *problem-* oder *symptomorientierte Selbstdarstellung* (eine Detaillierung), ein *Krisensignal* oder eine *Steigerung* (um das Leiden zu verdeutlichen) und einen *Kommentar*, das heisst eine Gesamtbewertung des Problems unter dem Aspekt der psychotherapeutischen Behandlung. Sie lässt Rückschlüsse zu Motivation, Zielen und psychologischer/somatischer Behandlungserwartung zu (für die Detailbeschreibung der inhaltlichen Kategorien, siehe Kap. 12.1.1). Eine (gekürzte) Beispielsequenz aus ihrer Arbeit zu einem mit vier Themenbereichen fast 'kompletten' Datenausschnitt einer Eröffnungssequenz soll einen Gesamteindruck über die Kategorien vermitteln (ebd., S. 185f.):

T/ ja dann erzählen sie mal ... warum sie gekommen sind	
<p>P/ ... ich bin gekommen weil ich ... mal wieder stark mit depressionen zu tun hab. aber <i>hauptsächlich dann wenn so von aussen her viele dinge auf mich einwirken ... ungünstige umstände wie zum beispiel jetzt letztens dass mein bekannter n herzinfarkt hatte und dass wer n umzug vorhatten dass er zu mir ziehen sollte und dass: ich das alles allein gemacht hab und auch jeden tag hier im krankenhaus war ... und ... ihn besucht hab und so ... und das ist also ... da gings mir gut in der zeit ja wo ich ... das alles machen musste ... und urplötzlich komm denn ... wie son zusammenbruch</i> oder so ... hinterher meistens also ... und da <i>jetz schon des öfteren mal sowas vorgekommen ist ... hat ich den doktor x mal drauf angesprochen ... und er sagte dann auch das wär also - sone psychotherapie - dass das gut wäre dass man eventuell ja eine ursache rausfindet wodran das eh liegt mit diesen depressionen ... es muss ja irgendwo tiefer drin schon gekommen sein.</i></p>	<p>Etikett <i>problemorientierte Selbstdarstellung</i></p> <p><u>Krisensignal</u></p> <p><u>Kommentar</u></p>

Wilke unterscheidet zwei Gesprächsaufgaben in der Eröffnung, nämlich erstens die *Darstellung eines Problems*, wofür es der ersten vier bis fünf Elemente bedarf, und zweitens die *Darstellung eines Anliegens*, wofür zusätzlich der Kommentar notwendig ist. Besonders auffällig ist, wie schon bei Nothdurft, die Orientierung auf ein Gegenüber. Das Anliegen ist dezidiert dialogisch, respektive interaktiv, definiert: «Ein Anliegen braucht somit immer ein Gegenüber, welches es einschätzen und letzten Endes entgegennehmen muss» (Wilke, 1992, S. 222).

Diese beiden Studien führen überzeugend aus, dass Menschen offensichtlich nicht mit einem *Problem*, sondern mit einem *Anliegen* ins Erstgespräch kommen und definieren dieses Anliegen als Sachverhalt, auf den hin die Beratungsaktivität entwickelt werden soll (Nothdurft) und als Stellungnahme zur Inanspruchnahme des Erstgesprächs, in der fragmentarisch Behandlungserwartungen thematisiert werden (Wilke). Es wäre ein therapeutischer Fehler, eine solche Differenzierung zwischen Problem und Anliegen nicht vorzunehmen und einfach vorauszusetzen, dass alle Probleme, die eine Person im Gespräch erzählt oder andeutet, automatisch Thema der Behandlung werden sollen. Erst muss ein Problem auf das Gegenüber hin, sozusagen interaktiv definiert werden.

8.2 Die Bearbeitung des Anliegens als Aushandlungsprozess

Für den Vorgang des 'Beratens' ist es gemäss Nothdurft (1984) erforderlich, dass die Gesprächspartner zu einem *gemeinsamen* Verständnis dessen gelangen (*Aushandlung*), was das Problem und Anliegen sein soll. Erst dann, wenn die gemeinsame Grundlage geschaffen und bestätigt ist, ist es dem Berater oder der Beraterin möglich, Lösungen dafür zu entwickeln. Die Einigung auf ein gemeinsames Verständnis ist folglich die notwendige Voraussetzung dafür. Dabei sind die asymmetrischen Beteiligungsvoraussetzungen, also die Ungleichheit der Beteiligten zu beachten, nämlich a) die Differenz im Wissen bzgl. des individuellen Problems, aber auch bezüglich der Sachkompetenz, also des abstrakten Wissens; b) die Divergenz in der Sichtweise sowie c) die Diskrepanz in der Betroffenheit (ebd., S. 117). Diese asymmetrischen Relationen führen zu einem gegenseitigen Klärungsbedarf, einem sich Abgleichen, und in diesem Prozess ebenfalls zu einer Vielzahl an Turbulenzen, Missverständnissen und konfliktären Verläufen.

Wilke (1992) führte systematischer aus, wovon dieser Aushandlungsprozess abhängt. Dass alle Patient/innen in Wilkes Studie «regelhaft mit einer mehr oder weniger detaillierten Schilderung beginnen, die zudem ähnliche Themen enthält, die wiederum in einer bestimmten Reihenfolge platziert sind, lässt darauf schliessen, dass sie bestimmte Vorstellungen über das Gespräch und ihr Gegenüber besitzen» (ebd., S. 227). Fehlen eine oder mehrere der oben aufgeführten inhaltlichen Kategorien oder sind sie unklar formuliert, so wird das bemerkt; auch die Therapeut/innen verfügen über die Erwartung an eine *Normalform*. Dann folgen im weiteren Gesprächsverlauf klärende Fragen von Seite der Fachperson (*Schemareparaturen*). Der lückenhafte Eröffnungsbeitrag muss sozusagen in Aushandlungsphasen 'repariert' werden, bis Problem und Anliegen geklärt sind. Das «Eröffnungsangebot» (ebd., S. 290) hat demnach indikatorischen Charakter und stellt eine starke Vorgabe für die nachfolgenden Sequenzen und die sich entwickelnde therapeutische Beziehung dar. Wie es dann modifiziert und weiterentwickelt wird, hängt von den Möglichkeiten und Grenzen der Aushandlungsprozesse der am Gespräch Beteiligten ab. Der Vergleich mit den Anfangsbedingungen ermöglicht es, die Beziehungsdynamik zwischen den beiden am Gespräch Beteiligten besser zu verstehen und auch Aussagen über den interaktiven Beitrag des/der Therapeut/in machen zu können. So wird erkennbar, ob und mit welchen kommunikativen Mitteln es Therapeut/innen gelingen kann, das Patientenanliegen zu erfassen, ein gemeinsames Verständnis zu schaffen, und neue Sichtweisen einzuführen.

8.3 Hinweise auf implizite Anliegensaspekte

Wilke befasste sich ebenfalls mit impliziten, also den im Gespräch nicht direkt benannten Problemaspekten. Sie machte sich bei der Interpretation zunutze, was auch in der praktischen psychoanalytischen Arbeit Usus ist. So Mertens (2004):

Der Psychoanalytiker beobachtet ... die sprachlichen und nichtsprachlichen Mitteilungen seines Analysanden, setzt diese in Beziehung zum manifest Mitgeteilten, achtet auf die Themenabfolge, auf Auslassungen und thematische Brüche und beobachtet dabei auch sich selbst mit geschulter analytischer Kompetenz: Welche Gefühle löst der Analysand in ihm aus? Welche Aufforderungen gehen von diesem aus? Welche subtilen Rollenangebote, die er aufgrund von früheren konflikthaften Interaktionen erwartet, richtet er nun, ihm selbst nicht bewusst, an seinen Analytiker? Die Inszenierung der Beziehungserfahrungen und -wünsche in der Übertragung wird streckenweise zu einem viel aufschlussreicheren Mittel als die Darstellung des bewussten Selbstverständnisses eines Analysanden in der analytischen Erzählung. (S. 54)

So konstatiert Wilke (1992), «dass vor allem die (auf Basis des Kategorienschemas) jeweils für den einzelnen Patienten fehlenden Themenbereiche besonderen Aufschluss über das jeweilige Interaktions- und Beziehungsangebot und letztendlich die Persönlichkeitsstruktur geben» (S. 287f.). Vor allem der auf die Eröffnung folgende Aushandlungsprozess ist nicht nur aufschlussreich für das in ihm Gesagte. Die Art und Weise, wie die am Gespräch Beteiligten etwa eine gemeinsame Krankheitsphantasie entwickeln, gibt zusätzlich Hinweise zur Beziehungsdynamik und lässt wiederum Rückschlüsse auf die latente Problemorganisation zu. Hier werden implizite Aspekte des Problems, «anfangs nicht besprechbare Themen» (ebd., S. 291), überzeugend gefasst und vor allem methodisch sauber hergeleitet.

Erstgespräche betrachtet sie dann als besonders gelungen, wenn eine erste Annäherung verschiedener Konzepte, also ein erstes gemeinsames Verständnis, möglich ist und bei der ratsuchenden Person eine Motivation sichtbar wird, sich auf bisher ungewohnte Sichtweisen und Erklärungszusammenhänge einzulassen. Es sei regelmässig nach derartigen Gesprächssequenzen zu beobachten gewesen, dass das Gespräch tiefere Ebenen erreicht und die Bearbeitung eigentlich wichtiger Ereignisse und Erlebnisse ab diesem Zeitpunkt begonnen habe.

Was in der Definition des Anliegens sowohl bei Nothdurft, als auch bei Wilke zu fehlen scheint, ist neben dem problemfokussierten Aspekt (*was* soll auf welche Art und Weise in einer zukünftigen Psychotherapie behandelt werden?), das Anliegen an die Person des Thera-

peuten, sich in der Situation des Erstgesprächs auf eine bestimmte Art und Weise zu verhalten (*wie* will ich in dieser Situation behandelt werden?). Wilke geht am Rande darauf ein, wenn sie in der Analyse von Eröffnungssequenzen den Schlüssel dazu sieht, um mehr über das jeweilige Interaktions- und Beziehungsangebot zu erfahren. Für sie hat die Erfassung des Beziehungsangebots aber vor allem einen diagnostischen Nutzen. In ihren Ausführungen nicht enthalten ist, dass dies darüber hinaus einen Wert hat; nämlich insofern, als es mit einem *Beziehungsanliegen* an den Therapeuten oder die Therapeutin verknüpft ist, die Person in der Situation des Erstgesprächs auf eine bestimmte Art und Weise zu behandeln.

8.4 Ein vierdimensionales Modell des Anliegen

Eine erste inhaltliche Konzeption des *Anliegens* (Mathys et al., 2013) wurde von der Forschungsgruppe um Prof. Brigitte Boothe entwickelt, zu der auch die Verfasserin der vorliegenden Arbeit zählte, und zwar im Sinne einer Erweiterung des reichen Wissens über das technische Vorgehen zu Diagnose und Indikation im psychoanalytischen Erstgespräch. Der Versuch, jenes neu zu denken, speiste sich aus der Erkenntnis, dass der Perspektive der Rat-suchenden in der herkömmlichen psychotherapeutischen Behandlungstheorie noch zu wenig Beachtung geschenkt wird. Das *Anliegen* bot sich für diese Neukonzeption zum Erstgespräch bereits aufgrund seiner Begrifflichkeit an: *Anliegen* ist kein Fachbegriff und deswegen von schulentheoretischen Auslegungen noch unbelastet. Es ist ein Begriff aus der Alltagssprache und somit jedermann zugänglich. Dies birgt den Vorteil, ihn transtheoretisch fassen und damit in verschiedene Therapierverfahren integrieren zu können. Das *Anliegen* definiert sich gemäss Wörterbuch als eine «Angelegenheit, die jemandem am Herzen liegt; Wunsch; Bitte» (Duden online, 2017a).

8.4.1 Explizite und implizite Beziehungsaspekte

In der Bitte wird das von Nothdurft (1984) und Wilke (1992) betonte interaktive Moment wahrnehmbar, nämlich dass mit ihm nicht nur die eigentliche 'Angelegenheit' (das *Problem*) ausgedrückt, sondern deren Erfüllung an ein Gegenüber herangetragen wird. Hier wird folglich der Beziehungsaspekt betont. Für das therapeutische Gespräch bedeutet dies, im Sinne einer guten Beziehungsarbeit das Klientenanliegen zu erkennen und damit angemessen um-zugehen. Diese Anleitung findet sich – in ihrer Negation – bei Krause (2012): «Es könnte ... einen verfahrensübergreifenden Konsens darüber geben, was eine 'schlechte' Beziehung ist.

Schlecht ist, wenn der Therapeut die Wünsche und Beziehungsangebote des Patienten nicht wahrnimmt, oder sie wahrnimmt, aber falsch interpretiert» (S. 70). Beziehungsangebote an den Behandler oder die Behandlerin werden selten direkt benannt, weshalb die von Krause erwähnten Fehlinterpretationen gar nicht einmal so selten sind. Dieser implizite Beziehungsaspekt kann mittels der herkömmlichen Beziehungskonzepte wie der *therapeutischen Allianz* (Bordin, 1979) oder dem *Arbeitsbündnis* (Gelso, 2013) nicht befriedigend abgedeckt werden, weil diese nur auf explizite Aspekte fokussieren.

8.4.2 Explizite und implizite Inhaltsaspekte

Klientinnen und Klienten erwarten, dass die Fachperson ihnen bereits in den ersten Abklärungsgesprächen etwas mitteilen kann, was über das hinausgeht, was sie selber schon wissen und entsprechend formulieren können (Kerz-Rühling, 2005). Sie möchten von der Sachkompetenz des Fachexperten profitieren (Nothdurft, 1984). Dementsprechend führt ein Abklärungsgespräch nicht zur Zufriedenheit, wenn es nicht gelingt, implizite, noch nicht zugängliche Problemaspekte zu erfassen und anzusprechen. Ein sorgfältiges Erfassen des Anliegens kann nicht heissen, dass genau das wiederholt wird, was eine Person als explizites Anliegen formuliert. Dementsprechend interessieren nicht nur explizite, dem Ratsuchenden zugängliche Anliegen, sondern auch die impliziten. Es liegt in der Natur der Sache, dass die impliziten Aspekte des Anliegens gar nicht explizit ausgesprochen werden *können*. Die ratsuchende Person wird das, von dem sie höchstens ahnt, dass es etwas mit ihrem Anliegen zu tun haben könnte, in eine Erzählung packen. «Der Sprecher, der eine Alltagserzählung formuliert, bringt ein emotionales Anliegen zum Ausdruck. Dieses Anliegen macht die Involviertheit des Sprechers in seine Erzählung aus» (Boothe et al., 1998, S. 207). Es wird also nicht direkt benannt – «es hätte als solches auch gar keine suggestive Wirkung» (ebd., S. 53). Vielmehr findet es sich im narrativen Ablauf, in der dramaturgisch entwickelten Inszenierung. «Dort entsteht das Anliegen. Als Anliegen, das sich im narrativen Prozess zwischen Sprecher und Hörer vermittelt, und zwar im Vollzug, nicht per Thematisierung» (ebd., S. 53). Darum lässt sich das Verstehen des impliziten Anliegens nicht über das sachverhaltsbezogene Thematisieren erreichen, sondern über das mitvollziehende Involviertsein; es geht nicht um objektive Fakten, sondern um emotionale Beteiligung.

8.4.3 Das vierdimensionale Modell des Anliegens

Die Forschungsgruppe um Boothe fasste diese diversen Anliegenselemente in einem Vierfelder-Diagramm zusammen (siehe Abb. 2). Dabei wurde aus konzeptuellen Gründen eine Trennung zwischen inhaltlichen (d. h. problembezogenen) Anliegenaspekten und solchen die therapeutische Beziehung betreffenden sowie zwischen expliziten und impliziten Elementen vorgenommen.

Anliegen	Explizit	Implizit
<i>Inhalt</i>	Explizit formuliertes Anliegen: Schilderung von Problemen, Symptomen, Veränderungswünschen etc.	Impliziter Aspekt des Anliegens: "latente Problemorganisation"; unbewusste Konflikte, performativ in der Gestaltung von Erzählungen zum Ausdruck gebracht
<i>Beziehung</i>	Ausdrücklich an Therapeut/innen gerichteter Wunsch, Appell, Befürchtung etc.	Implizit an Therapeut/innen gerichteter Beziehungsaspekt, performativ in der Gestal- tung der Interaktion zum Ausdruck gebracht

Abbildung 2: Vier Dimensionen des Anliegens nach Mathys et al. (2013)

Mit *Inhalt* sind in dieser Konzeption diejenigen Anliegenaspekte gemeint, die in irgendeiner Weise mit dem Grund des Kommens, mit dem 'Problem' zusammenhängen. Im *Impliziten* ist enthalten, was «nicht ausdrücklich gesagt, nicht aus sich selbst zu verstehen, sondern logisch zu erschliessen ist» (Duden online, 2017b), dies als Gegenpart zum Expliziten, dem ausdrücklich Verbalisierten. Es sind diejenigen implizite Aspekte, die auch dem Individuum im Moment des Gesprächs nicht per se zugänglich sein müssen, sondern womöglich erst im Verlaufe eines oder mehrerer Gespräche in der Interaktion mit dem/der Therapeut/in erkannt werden. Somit bleiben diese Aspekte zunächst der verbalen Bearbeitung und Auseinandersetzung verschlossen. Schon länger ist die Beachtung des Impliziten übrigens nicht mehr nur Sache der Psychoanalyse, sondern, wenngleich die Definition darüber variieren mag, längst im Wissenskanon der allgemeinen Psychotherapieforschung angekommen (Bergin & Garfield, 1994). Der Begriff des *Impliziten* ist daher zugänglicher als der von der Psychoanalyse stark vereinnahmte Begriff des Unbewussten. Es kann in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie der sogenannte 'dritten Welle' für zugrunde liegende Handlungsschemata stehen (Young et al., 2003): Es kann im psychoanalytischen Sinne die unbewusste Prob-

lemorganisation (Konflikt, Struktur, Beziehungsmuster) umfassen. Für unsere Klient/innen sind es als Laien einfach die noch unbekannten oder nicht ausdrücklich gesagten Aspekte ihrer Leidsituation.

8.4.4 Die empirische Überprüfung des Modells am Datenmaterial

Später wurde dieses Anliegenkonzept in einer explorativen Studie an einem psychoanalytischen Erstgespräch empirisch getestet (Mathys et al., 2013). Der Schwerpunkt kam auf der Fragestellung zu liegen, wie ein solch differenziertes Konstrukt in seinen Facetten systematisch, methodisch schlüssig und nachvollziehbar erfasst werden kann. Das Vorgehen der Methodentriangulation erwies sich als überzeugende Strategie. Vier unterschiedliche Methoden wurden miteinander kombiniert: Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010), die Kreditierungsanalyse nach Hermann (2009) – eine modifizierte Form der qualitativen Inhaltsanalyse –, die Erzählanalyse JAKOB (Boothe et al., 2002) und die Gesprächsanalyse (Deppermann, 2001). Mit dieser Kombination war es möglich, sowohl explizite als auch implizite Inhalts- und Beziehungsaspekte herauszuarbeiten. Die verschiedenen (auch divergenten) Befunde ermöglichen den gewünschten Erkenntniszuwachs, gerade bei komplexen Fragestellungen wie der Beschäftigung mit dem Anliegen. Keine einzelne Methode war dagegen für sich in der Lage, sowohl explizite, als auch implizite Aspekte des Anliegens abzudecken. Die Autoren bringen zudem den interessanten Aspekt in den wissenschaftlichen Diskurs ein, dass eine Methodentriangulation als Stärke und Vorteil zusätzlich die Möglichkeit der Validierung in sich birgt: Konvergente Befunde aus unabhängig voneinander erstellten Untersuchungen können als Bestätigung der Gültigkeit der Analysen betrachtet werden.

Auch Mathys und Kolleg/innen stellten fest, dass die dargestellte Trennschärfe der Dimensionen rein theoretischer Natur ist. Am Material, in der empirischen Auseinandersetzung mit einem Patientenanliegen, wird rasch ersichtlich, wie explizite und implizite Inhalte nur in der gemeinsamen Betrachtung an Sinn erhalten, und dass die inhaltliche Ebene der Problemorganisation nicht vom Beziehungsverhalten einer Person zu trennen ist. So ist auch die Unterscheidung, dass implizite Inhaltselemente über Narrative, implizite Beziehungselemente hingegen über die performative Gestaltung der Interaktion zu eruieren seien, nur als Vorbereitung auf die spätere Methodenwahl (Erzählanalyse JAKOB für die Narrative; Konversationsanalyse für die Interaktion) bei der empirischen Analyse zu erklären. Narrativ und Perfor-

manz bergen beide in sich den Schlüssel zum Verständnis sowohl inhaltlicher als auch die therapeutische Beziehung betreffender impliziter Aspekte des Anliegens.

8.5 Patientenbefragungen zu expliziten Erwartungen an das Erstgespräch

8.5.1 Die Sichtweise der Betroffenen wahrzunehmen, gilt nicht für die Forschung zum Erstgespräch

Schon länger wurde darauf hingewiesen, dass Klient/innen mit Erwartungen an ein Erstgespräch herantreten: «Der Patient erwartet analog, dass er mit seinen Problemen, Leiden, Anliegen etc. gesehen, beurteilt, eingeschätzt und ihm schliesslich ein Vorschlag zur Behandlung gemacht wird» (Laimböck, 2000, S. 37). Man will im Hier und Jetzt auf eine spezifische Art und Weise behandelt werden. Die Fachperson hat also individuell auf die Bedürfnisse und Erwartungen des Gegenübers einzugehen. Mathys et al. (2013) integrierten auch diesen Anliegenaspekt in ihr Vier-Felder-Diagramm.

Die Fachwelt streicht also die Relevanz der Patientenorientierung heraus. Sozusagen in empathischer Einfühlung werden entsprechende Richtlinien und Anweisungen erlassen. Doch die Ratsuchenden selbst werden fast nie direkt gefragt, was sie sich eigentlich von einem Erstgespräch erhoffen. Einschätzungen zu Qualität und Nutzen eines Erstgesprächs werden, wenn überhaupt, aus Sicht der abklärenden Expert/innen, jedoch nicht aus Sicht der Klient/innen beurteilt (Huber, D. et al., 2000; Schneider & Bursy, 1994). Der gewünschte Mit-einbezug der Patienten scheint in Forschungsfragen zumindest in Fragen der Abklärung nicht beachtet zu werden. Die meisten Studien legen den Schwerpunkt auf die Erfassung objektiver, quantifizierbarer Patientenvariablen wie soziodemographische Daten, Störungsbilder, Persönlichkeitsmerkmale, welche dann wiederum in Korrelation zum Überweisungserfolg gesetzt werden (Doering, 2009; Löffler-Stastka et al., 2010): Man beachte, dass nicht die subjektive Zufriedenheit der Beteiligten mit dem Überweisungserfolg korreliert wird. Im Grunde dreht sich die wissenschaftliche Diskussion darum, zwischen für eine therapeutische Abklärung 'geeigneten' und 'ungeeigneten' Patienten zu unterscheiden. Und dabei wird häufig genau das Anliegen der Patient/innen vergessen. Dabei schrieben schon Hohage et al. (1981): «Nimmt man den Versorgungsauftrag des Patienten ernst, dann kann es keine 'ergiebigen' oder 'unergiebigen' Patienten geben, sondern nur geeignete oder ungeeignete Gesprächstechniken» (S. 546).

In Behandlungsempfehlungen für die ambulante Diagnostik (Doering, 2009) wird die Problematik der 'Fremdmotiviertheit' thematisiert, die neben der umfangreichen, oftmals interdisziplinären Diagnostik die Anforderung an Behandelnde stellt, zusätzlich Motivationsarbeit zu leisten. Nach Doering soll die Therapiemotivation vor allem über Aufklärung und Information zu Störungsbildern und ihrer Behandlung zu wecken sein. Es wird also eher ins Auge gefasst, wie vorgegangen werden muss, wenn Patient/innen vermeintlich *kein* Anliegen an die Abklärung haben. Dies widerspricht der Einschätzung Kestembergs (2012), wonach sogar vermeintlich 'geschickte' Personen ein Anliegen haben, würden sie doch sonst den Weg in ein Gespräch nicht auf sich nehmen. Sie nennt als ein solches den mehr oder minder versteckten Wunsch nach einer Veränderung. Er sollte entsprechend gewürdigt werden, auch wenn diese nicht direkt in Richtung einer Psychotherapie zielen. Die Motivierung geschieht bei Kestemberg also weniger über Psychoedukation und stattdessen mehr über das Wahrnehmen und Würdigen der Wünsche, Hoffnungen und Meinungen der Klient/innen.

8.5.2 Das explizite Patientenanliegen: Transparente Informationen und Einbindung in den therapeutischen Prozess

Empirische Patientenbefragungen sind also fast keine zu finden. Dabei ist schon seit langem bekannt, dass zum Beispiel Einschätzungen zu Erwartungen und Zielvorstellungen bei Patient/innen und Therapeut/innen stark auseinandergehen (Dimsdale, 1975; Dimsdale et al., 1979; Polak, 1970; Thompson, H. & Zimmermann, 1969). Genau darum wäre es wichtig, die Menschen, die im Mittelpunkt dieses Forschungsinteresses stehen, auch zu Wort kommen zu lassen. Noble et al. (1999) fanden für den Zeitraum von 1966 bis 1998 insgesamt nur achtundzwanzig Studien zu Patientenerwartungen an psychiatrische oder psychotherapeutische Erstgespräche. Eine eindruckliche und informative Studie stammt noch aus den späten 70er Jahren: Eisenthal et al. (Eisenthal et al., 1983; Eisenthal & Lazare, 1977) erhoben mittels Ratings und Interviews die Zufriedenheit von 136 Patient/innen und ihren Abklärungstherapeut/innen sowie deren Einschätzung der Patientenzufriedenheit, die im übrigen höchst inakkurat ausfielen. Dies war vor allem darauf zurückzuführen, dass die Fachpersonen das Gelingen eines Erstgesprächs stärker damit in Verbindung brachten, ob ihnen eine gute diagnostische Einschätzung gelungen war, und weniger damit, ob es zu einer gelungenen Einbindung der Patient/innen in der Behandlungsplanung gekommen war. Deren Zufriedenheit hingegen korrelierte mit Aspekten der transparenten Information und Zusammenarbeit: Erstens wurden klare und umfassende Erklärungen zu Behandlungsplänen, deren therapeutische Grundsätze

sowie deren Zusammenhang zu ihren Beschwerden geschätzt. Zweitens waren sie dann zufrieden, wenn sie in den Entscheidungsprozess eingebunden wurden; nämlich wenn sie ihr Anliegen einbringen konnten und wenn die Fachperson sich bemühte, einen Konsens in Bezug auf die Behandlungsempfehlung zu erreichen. Noble et al. (1999) empfehlen aufgrund der in vielen Studien festgestellten inkongruenten Einschätzungen, das Patientenanliegen aktiv zu erfragen: «There is evidence that patients normally feel inhibited about making requests, and that psychiatrists often fail to identify what their patients want ... The majority of patients attending psychiatric services have requests which they will express when encouraged to do so» (S. 321).

Wie eine neuere retrospektive Patientenbefragung einer psychoanalytisch arbeitenden Ambulanz (Kerz-Rühling, 2005) aufzeigt, waren vor allem folgende Punkte für deren Zufriedenheit ausschlaggebend: «Eine positive Einschätzung zeigte sich vor allem bei jenen Patienten, die im Interview ein besseres Verständnis ihrer Probleme erreicht hatten und denen ein Therapieplatz vermittelt worden war» (S. 596). Für eine erfolgreiche Therapieaufnahme war eine verständliche und überzeugende Empfehlung notwendig. Weniger wichtig war das Festhalten an der psychoanalytischen Gesprächsführung. Während also aus Expertensicht die Einführung eines psychoanalytischen Settings behandlungstechnische Relevanz hat, kann genau dies bei Patienten zu Unverständnis und Überforderung führen oder sogar als unfreundlich erlebt werden: «Ungünstige Interviewverläufe liessen sich u. a. dadurch vermeiden, dass der Therapeut den "Gesprächsauftrag" (Hohage et al., 1981), d. h. die Erwartungen und das Krankheitsverständnis des Patienten, mehr berücksichtigt, bevor er versucht, ihm mit analytischen Deutungen zu einem tieferen Verständnis seiner Konflikte zu verhelfen» (Kerz-Rühling, 2005, S. 608). Viel wichtiger als eine Therapieerfahrung in der psychoanalytischen Methode war die Orientierung am Patientenanliegen: «Eine positive Beurteilung in den Kommentaren der Interviewten fand sich vor allem dann, wenn zwischen Ratsuchendem und Analytiker ein gemeinsames Verständnis der Problematik erreicht wurde, der Patient sich in seinem Anliegen ernst genommen fühlte und die Vermittlung eines Therapieplatzes erfolgreich war» (ebd., S. 608).

8.6 Das Konzept des Anliegens im Überblick

Folgende Graphik (Abb. 3) stellt das erweiterte Konzept des Anliegens dar. Der Prozesscharakter des Anliegens wird darin klar ersichtlich:

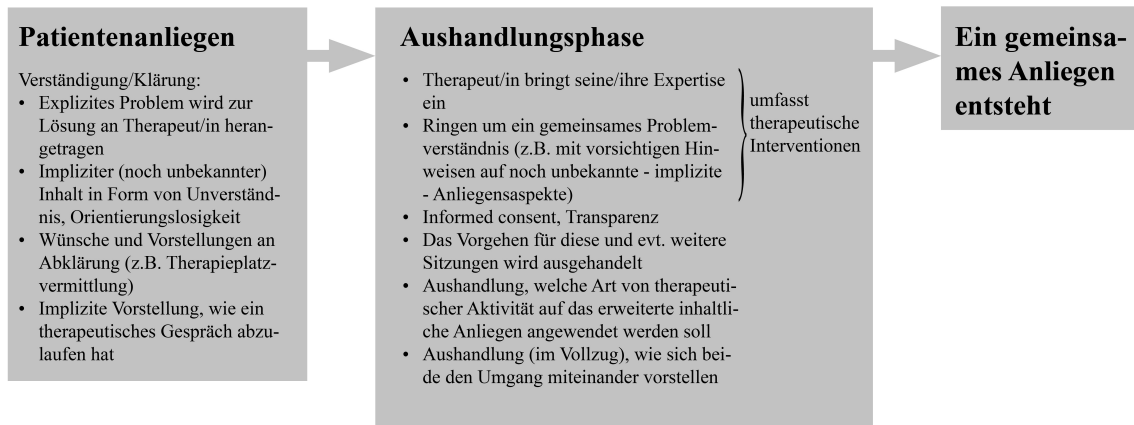


Abbildung 3: Die Aushandlung des Anliegens (eigene Darstellung)

In die Graphik eingeflossen sind die Vorarbeiten von Nothdurft (1984) und Wilke (1992), die darauf hinweisen, dass Ratsuchende kein Problem, sondern ein Anliegen an die Behandelnden herantragen. Rasch erkennbar sind auch die vier Anliegensdimensionen von Mathys et al. (2013) in der ersten Phase ('Patientenanliegen') des Erstgesprächs, in der die Erfassung des anfänglichen Patientenanliegens im Vordergrund steht. In der Beschreibung der Aushandlungsphase wiederum sind die aus Patientenbefragungen bekannten Erwartungen nach aktiver Einbindung und Zusammenarbeit, aber auch konkrete Wünsche (*informed consent*, Transparenz) enthalten. In dieser Form bildet das Konzept die Grundlage für die folgende empirische Studie. In ihr wird anhand von zwei Fallstudien der Prozess der Anliegenklärung und -aushandlung bis zum gemeinsamen Anliegen – wenn denn eines entsteht – nachgezeichnet.

Empirie I: Konzeption und Methodik

Sometimes I feel I'm close to knowing what or how to do process research, but then it just eludes me, as though I just can't quite grasp it or like "that ain't it". It feels like counseling and psychotherapy are elusive and slippery phenomena... (Hill, 1984, S. 99)

Im ersten Teil der vorliegenden Dissertation, der theoretischen Abhandlung, wurde die erste Problemstellung der Arbeit behandelt: Es wurde unter Sichtung und Abgleichung der psychoanalytischen Behandlungstheorie zum Erstgespräch mit den aktuellen Befunden der empirischen, evidenzbasierten Forschung zur therapeutischen Beziehung ein erweitertes Konzept des Anliegens geschaffen, das die Wichtigkeit einer gleichwertigen Positionierung der Ratsuchenden im Gespräch betont und den Fokus auf den Klärungs- und Aushandlungsprozess des Anliegens legt. Der empirische Teil der Dissertation, der nun folgt, beinhaltet die empirische Untersuchung des Anliegens. Ziel ist in dieser explorativ-heuristischen Studie, zu einem besseren Verständnis des Untersuchungsgegenstands zu gelangen, was auch in der Extrahierung praktischer Handlungsbeschreibungen und -empfehlungen seinen Niederschlag finden soll.

Der nun folgende erste Teil dieser empirischen Arbeit ist der Konzeption und Methodik gewidmet. Kapitel 9 geht kurz auf die Charakteristika des in dieser Arbeit gewählten Forschungsansatzes ein und beschreibt, mit welchen Mitteln die empirische Qualität gewährleistet wird. In Kapitel 10 sind die untersuchungsleitenden Fragestellungen in Form von Fragenkomplexen formuliert. Die Übersetzung des Anliegens in empirisch erfassbare Dimensionen geschieht in Kapitel 11. Ebenfalls werden dort die gewählten Methoden detailliert beschrieben und das auf diese Studie angeglichen methodische Vorgehen ein erstes Mal erläutert. Es wird dann in Kapitel 12, wo auch die konkreten Auswertungsschritte dargestellt sind, im Detail beschrieben. Dieser erste Teil zur Empirie endet mit der Darstellung und Beschreibung des Datenmaterials und seiner Aufbereitung (Kap. 13).

9 Kurze Beschreibung des qualitativen Forschungsansatzes

9.1 Charakteristika der qualitativen Methodenkonzeption

In ihrer Charakterisierung lehnt sich die vorliegende qualitative Studie an die Erläuterungen Breuers (2010) zu den wissenschaftstheoretischen Grundlagen qualitativer Methodik an. Der für die vorliegende Studie gewählte explorativ-heuristische, qualitative Forschungsansatz stellt, wie die Bezeichnung besagt, das *verstehende* Nachvollziehen und den *Erkenntnisgewinn* als Ziel der Untersuchung ins Zentrum. Das Forschungsinteresse richtet sich mit der Untersuchung am psychotherapeutischen Erstgespräch auf ein *natürliches* beziehungsweise *Alltagsphänomen*. Es wird anerkannt und herausgehoben, dass die *Person* der Forscherin im gesamten Forschungsprozess eine wichtige erkenntnisbezogene Rolle spielt. Die Fokussierungen der Forscherin in Bezug auf ihren Forschungsgegenstand (Neugier, persönliche Berührung und Verquickung etc.) stehen beispielsweise in Zusammenhang mit ihren allgemein klinisch-psychologischen, aber auch spezifisch psychoanalytischen Präkonzepten. Ihre Erfahrungen als Psychotherapeutin spielen – neben den eigenen Lebenserfahrungen – wesentlich und bereichernd in die Untersuchung hinein.

Wie Breuer (2010) betont, ist Objektivität im Sinne «'reiner' Induktion ohne jegliche Voraussetzung» (S. 40) ohnehin nicht möglich – wenngleich die positivistische, naturwissenschaftliche Psychologie gerne diesen Anschein erwecken möchte. Jede Form menschlichen Erkennens wird von bestimmten Präformationen unserer Wahrnehmungsinstrumentariums und -hintergrundes (z. B. Sinnesausstattungen, begriffliche Vorprägungen, Vorerfahrungen) geprägt. In der qualitativen Forschung werde in gewissem Gegensatz dazu das Prinzip der theoretischen Offenheit postuliert, wonach ohne vorformulierte Thesen an einen Forschungsgegenstand herangegangen werden soll. Dies darf und kann indes nicht auf dogmatische Weise begriffen werden. Bei Mayring (2010) findet sich eine gelungene Differenzierung dazu:

Theorien, so wird häufig gesagt, würden das Material verzerren, den Blick zu sehr einengen, würden ein 'Eintauchen in das Material' behindern. Begreift man jedoch Theorie als System allgemeiner Sätze über den zu untersuchenden Gegenstand, so stellt sie nichts anderes als die gewonnenen Erfahrungen anderer über diesen Gegenstand dar. Theoriegeleitetheit heisst nun, an diese Erfahrungen anzuknüpfen, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen. (S. 57)

Theoretische Offenheit beziehungsweise Offenheit dem Forschungsprozess gegenüber wird in der vorliegenden Arbeit so verstanden, «dass Neufassungen, Ergänzungen und Revisionen sowohl der theoretischen Strukturierung und Hypothesen als auch der Methoden möglich sind, wenn der Gegenstand dies erfordert» (Mayring, 1993, S. 16).

9.2 Gewährleistung der Qualität in der vorliegenden Studie

Anders als in der quantitativen Forschung, in der weitherum Konsens über die Qualitätskriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität zur Hypothesenprüfung besteht, ist die Beurteilung der Güte qualitativer Forschung aufgrund ihrer weitaus grösseren Methodenvielfalt nicht so verbindlich definierbar. Darum sind hier einige Worte dazu angebracht, wie in der vorliegenden Studie die Absicherung der Glaubwürdigkeit erfolgt.

Als ganz allgemeine Idee der Objektivität von Forschung wird darauf Wert gelegt, dass die erhobenen Daten und gezogenen Schlussfolgerungen in ausreichendem Masse unabhängig von der konkreten Person sind, die sie erhoben bzw. gezogen hat (Flick, 2010, S. 396). Dem wird in der vorliegenden Studie entsprochen, indem die untersuchten Erstgespräche weder von der Autorin selbst durchgeführt noch von ihr aufgezeichnet wurden.

Die qualitative Reliabilität wiederum zielt darauf ab, «das Zustandekommen der Daten so zu explizieren, dass überprüfbar wird, was noch Aussage des jeweiligen Subjekts ist und wo die Interpretation der Forschenden schon begonnen hat. Hierzu gehören exakte und einheitliche Vorgaben, wie Interviews oder Gespräche transkribiert werden sollen ... oder die Kennzeichnung von wörtlich wiedergegebenen Aussagen ... in Abhebung von Zusammenfassungen oder Paraphrasen durch die Forschenden» (Flick, 2010, S. 398). Diesem Punkt wird in der vorliegenden Studie folgendermassen Sorge getragen: Die Transkription der Gespräche erfolgt nach dem Mergenthalerschen System (Mergenthaler, 1992), und wörtliche Aussagen sind im Fliesstext wie hier beispielhaft «in Anführungszeichen und anderer Schrift und Schriftgrösse» gesetzt. Zudem wurden alle Analyseschritte genau dokumentiert, um so die Nachvollziehbarkeit und Transparenz sicher zu stellen.

Das aus der quantitativen Forschung bekannte Gütekriterium der Validität fasst sich in der Frage zusammen, ob «der Forscher sieht, was er ... zu sehen meint» (Kirk & Miller, 1986, S. 21; zit. nach Flick, 2010, S. 397). In diesem Kontext kann interne Validität durch die umfas-

sende Kontrolle der Kontextbedingungen, das heisst durch die weitgehende Standardisierung der Erhebungs- und Auswertungssituation sichergestellt werden. Die Videoaufzeichnung des therapeutischen Erstgesprächs ist in diesem Sinne eine äusserst valide Erhebungstechnik. Die Validierung der Auswertung ist zudem durch die angestrebte Methodentriangulation und die *kommunikative Validierung*, also durch den kommunikativen Austausch mit anderen, gewährleistet. Ebenfalls orientiert sich die Autorin an den methodenspezifischen Validierungsstrategien (zur qualitativen Inhaltsanalyse siehe Kap. 11.2.3 und zu FACS siehe Kap. 11.6.1).

10 Untersuchungsleitende Fragestellungen

Wie in der qualitativen Forschung üblich, wird auf die Bildung von Hypothesen verzichtet und werden stattdessen Fragenkomplexe formuliert.

Fragenkomplex 1: Die *Erfassung* des Anliegens

Welches methodische Vorgehen ist zur Erfassung des Anliegens zwingend notwendig? Lassen sich die verschiedenen Aspekte des Anliegens einfach und nachvollziehbar im Gespräch wiederfinden oder muss das Konstrukt modifiziert werden?

Fragenkomplex 2: Die *Aushandlung* des Anliegens

Wie vollziehen sich die Klärung des Patientenanliegens und die Aushandlung eines gemeinsamen Anliegens? Wie wird das gewonnene Verständnis des Problems und Anliegens vom Therapeuten rückgemeldet? Woran erkennt man, dass sich die ratsuchende Person verstanden fühlt? Wie wird mit impliziten Aspekten des Anliegens umgegangen?

Werden explizite Wünsche, Erwartungen und Vorstellungen aktiv erfragt? Wie wird die ratsuchende Person in die Behandlungsplanung eingebunden?

Was bedeutet es, das Problem *besser* zu verstehen? Inwiefern spielt der fachliche (psychoanalytische) Hintergrund des Therapeuten hier hinein?

11 Die Dimensionen des Anliegens und die dazu passenden Methoden

Ich sass vorn wie immer, in der allerersten Reihe, weil ich es mag, im Film zu ertrinken. Heute gibt es jene ganz breiten Filme ja schon wieder nicht mehr, jene Cinemascope-Welten, in die ich so sehr eintauchen konnte, dass ich nie alles sah, immer nur Teile, wie im wirklichen Leben. Zum Beispiel merkte ich erst, als ich viel später einmal Doktor Schiwago im Fernsehen sah, auf dieser beweglichen Briefmarke, dass ich von den Ereignissen immer nur einen Teil wahrgenommen hatte, den rechten oder linken, je nachdem. Zum Beispiel war mir entgangen, dass Julie Christie einmal völlig nackt unter der Tür stand. Ich konnte mich nur an den leeren Blick des Doktors erinnern. Urs Widmer, Der blaue Siphon (S. 6-7)

Im Wissen darum, dass Forschung einen bestimmten Forschungsgegenstand nie in seiner 'Ganzheit' erfassen kann, sondern immer nur eine Annäherung möglich ist, soll dennoch ein möglichst umfassender Blick auf das Anliegen und seine Aushandlung angestrebt werden. Bei einer Studie, die den Praxisbezug herausstreicht, ist es naheliegend, auch die Forschungsmethodik selbst an der Arbeit der klinisch Tätigen auszurichten. Rudolf (2010) liefert zu dieser Art zu arbeiten eine umfassende Beschreibung:

Psychodynamiker achten (ebenso wie Verhaltenstherapeuten) sorgfältig auf alles, was vom Patienten gezeigt und gesagt wird ... Verhaltenstherapeuten achten auf die bewusst geäußerten Gedanken, Meinungen und Überzeugungen des Patienten sowie auf seine Emotionen. Psychodynamiker achten darauf auch, aber insbesondere achten sie auf das, was nicht oder nur angedeutet mitgeteilt wird, was zwischen den Zeilen in Auslassungen, durch Körpersprache, Mimik und szenische Darstellung vermittelt wird. Diese Gesamtheit der Mitteilungen untersuchen sie aus einer Perspektive, über die der Patient selbst nicht verfügt: Es ist die Perspektive der verinnerlichten Geschichte des Patienten, die Geschichte seiner Erfahrungen, seiner individuellen Antwort auf diese Erfahrungen, die Geschichte seiner Gefühle und Bedürfnisse, die sich in seine Psyche und seinen Körper eingeschrieben haben und die aus ihm sprechen, gewollt und ungewollt, bewusst und vor allem unbewusst, möglicherweise auch die Geschichte seiner Angehörigen aus der vorausgegangenen oder vorvorigen Generation. (S. 12)

Entsprechend müssen bei der Forschung von psychodynamischen Gesprächen möglichst ganzheitlich die verschiedenen Kommunikationskanäle empirisch nachvollzogen werden, die Menschen in der therapeutischen Situation nutzen. Neben dem gesprochenen Wort müssen auch nonverbale Informationen in die Untersuchung miteinbezogen und es muss auf die interaktive Dynamik geachtet werden. Zudem ist die Triangulierung der methodischen Ansätze

notwendig, «dass also bspw. Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen werden, die damit weiter reichen, als es mit einem Zugang möglich wäre» (Flick, 2011, S. 12).

Die Methodentriangulierung hat den Vorteil einer Validierungsstrategie. Die aus einer methodischen Analyse stammenden Erkenntnisse können durch den Vergleich mit den anderen beiden Methoden überprüft, gestärkt, ergänzt oder verworfen werden. So verhält es sich mit der wissenschaftlichen Methodentriangulation zur Erfassung des Anliegens auch ein wenig wie mit Arglanders (1970/2009) Empfehlung zur Informationsgewichtung in der psychoanalytischen Diagnostik: Erst durch die Integration dreier Informationsquellen (objektive, subjektive und szenische Informationen) ergebe sich ein zuverlässiges Bild einer Person.

11.1. Das explizite Anliegen

Das explizite Anliegen besteht aus den sprachlichen Äusserungen. Es sind die bewusstseinsnahen Inhalte, die in Worten ausgedrückt werden können oder, um mit Grawe zu sprechen, die Motive, die eine Person unmittelbar bei sich wahrnimmt, für die sie also ein Bewusstsein hat (Grawe, 2004). Das zu erfassende explizite Anliegen beinhaltet, auf den Grund des Kommens bezogen, den Sachverhalt (Problem), «auf den hin die Beratungsaktivitäten entwickelt werden sollen» (Nothdurft, 1984, S. 36). Es enthält eine verbalisierte Stellungnahme zur Inanspruchnahme des Erstgesprächs, in der vielleicht bereits fragmentarisch Behandlungserwartungen thematisiert werden (Wilke, 1992). Das bedeutet, dass zum einen der Sachverhalt (das *Problem*) an sich erfasst werden muss, zum anderen die an den Psychotherapeuten oder die angedachte Psychotherapie gerichtete *interaktive* Komponente. Die Methode der Wahl zur Erfassung dieser expliziten Elemente ist die qualitative Inhaltsanalyse.

11.2 Qualitative Inhaltsanalyse

11.2.1 Was ist qualitative Inhaltsanalyse?

Ihren Ursprung hat die qualitative Inhaltsanalyse in der *Content Analysis*, die in den USA der späten 1930er Jahre als Methode der Publizistik zur systematischen Analyse grosser Textkorpora in Printmedien eingeführt wurde. Deren Inhalte sollten mittels der systematischen Auszählung von Worthäufigkeiten fassbar gemacht werden (Berelson, 1952/1984). Es handelte sich bei der *Content Analysis* im engeren Sinne um eine *quantitativ* orientierte Inhaltsanalyse, die auf das damalige Erfordernis einging, möglichst schnell und vergleichbar unter sozialwis-

senschaftlichen Gesichtspunkten Erkenntnisse zu generieren. Schon früh setzte man sie in der Absicht ein, über Analysen von Radio- und Zeitungsbeiträgen die 'öffentliche Meinung' zu eruieren. Ein weiteres Betätigungsfeld eröffnete sich während des Zweiten Weltkriegs in der Auswertung feindlicher Kriegspropaganda. Auch kommerzielle Auftraggeber (z. B. General Motors) entdeckten die Methode für sich, und mittlerweile gehört sie in ihrer ursprünglichen Form zum Standardrepertoire der Marktforschung.

Neue Anregung gewann die *Content Analysis* in den 1950ern aus jenen Wissenschaftskreisen, die mit der Komplexität personaler Interaktion und Kommunikation bestens vertraut waren. Unter anderem aus der Linguistik, Psychologie und Soziologie kamen Vorstösse zur Erweiterung der bislang vornehmlich deskriptiven, quantitativ orientierten Methode um qualitative Elemente. Sie betonten die Bedeutsamkeit von Symbolzusammenhängen und forderten den Miteinbezug der Entstehungsbedingungen und Intentionen der untersuchten Textkorpora (Mayring, 2010, S. 27). Die massgebliche Weiterentwicklung hin zur *qualitativen* Inhaltsanalyse bestand vornehmlich in der Hinzufügung eines spezifischen qualitativen Elementes zum bestehenden Verfahren, nämlich der (einer möglichen Quantifizierung vorangehenden) Kategorienentwicklung und einer systematisierten Zuordnung von Kategorien zu einzelnen Textelementen (Mayring & Brunner, 2009, S. 673).

Die Regulierung der Codierung und das Ausmass der Quantifizierung können allerdings, je nach fachlicher Ausrichtung und abhängig von der jeweiligen Fragestellung, sehr unterschiedlich sein (Krippendorff, 2013; Schreier, 2014). Hinsichtlich dieser Thematik besteht kein Konsens, was qualitative Inhaltsanalyse ausmacht. Entsprechend variantenreich fallen auch die Definitionen dazu aus. Das macht es schwierig, von der *einen* Inhaltsanalyse zu sprechen. Schreier (2014) fasst den Begriff definitorisch sehr rudimentär, nämlich «dass eine qualitative Inhaltsanalyse sich zumindest idealtypisch einerseits gegenüber der quantitativen Variante des Verfahrens, andererseits gegenüber anderen qualitativen Auswertungsverfahren abgrenzen» (S. 2-3). Sie sollte in zentralen Punkten die Forschungspraxis qualitativer Inhaltsanalyse wiedergeben, wie sie sich inzwischen etabliert hat. Das zentrale Definitionsmerkmal sieht Schreier in der *Kategorienorientierung*. Mayring (2010) definiert die Methode ebenfalls sehr grundsätzlich als *kategoriengeleitete Textanalyse*. Sie will *fixierte* (also in irgendeiner Form protokollierte, festgehaltene) *Kommunikation* (i. d. R. in Form von Sprache) analysieren und dabei *systematisch*, also *regelgeleitet* und *theoriegeleitet* vorgehen. Sie verfolgt

schliesslich das Ziel, *Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation* zu ziehen (S. 12-13).

Fluchtpunkt jeder empirischen Analyse ist der manifeste Textinhalt. Sie sichtet den Text nach vorgefassten Regeln, sucht nach objektivierbaren Zuordnungen, also nach bestimmten Klassifizierungen oder Typisierungen. Das Spezifische der qualitativen Inhaltsanalyse ist ihre methodische Strenge (Mayring, 2010): «Es soll in der Inhaltsanalyse gerade im Gegensatz zu 'freier' Interpretation gelten, dass jeder Analyseschritt, jede Entscheidung im Auswertungsprozess, auf eine begründete und getestete Regel zurückgeführt werden kann» (S. 49). Die Systematik des Vorgehens liegt also in erster Linie in der Orientierung an vorab festgelegten Regeln der Textanalyse (ebd., S. 48), die in einem vorher fixierten Ablaufmodell festgehalten sind und konstant bleiben. Trotzdem ist hier auch deren Überarbeitung in Rückkopplungsschleifen während der Analyse und deren Anpassung an das Material vorgesehen.

Methodologisch können zwei Verfahrensgruppen unterschieden werden: die standardisierten und die interpretativen, verstehenden. Bei den standardisierten, deduktiven Verfahren werden die zu untersuchenden Kategorien im Vornherein festgelegt und danach gesucht. Gefunden wird, wonach gesucht wird, was erwartbar ist. Ergebnisse lassen sich vorwiegend in Häufigkeiten beschreiben, oftmals kommen statistische Auswertungsmethoden zum Einsatz. Die interpretativen, induktiven Methoden werden der qualitativen Sozialforschung zugerechnet. Ihr Ziel ist es, den Sinn von Handlungen zu verstehen und erklärbar zu machen. Welches relevante Kategorien sind, zeigt sich erst im Verlauf der Datenanalyse, während der Arbeit am Material. Was relevant ist, lässt sich erst am zu erforschenden Material erkennen.

Heute ist die qualitative Inhaltsanalyse die in den Sozialwissenschaften wahrscheinlich bekannteste und am meisten angewendete qualitative Auswertungstechnik, möglicherweise auch durch die in der Forschungsliteratur inkonsistente Ausführung beziehungsweise definitorische Unschärfe. Zu ihrem Erfolg hat aber sicherlich auch beigetragen, dass sie ein intuitiv leicht verständliches Vorgehen – die Kategorienbildung – aufnimmt, systematisiert und der wissenschaftlichen Arbeit zugänglich macht. Von der Popularität dieser Auswertungstechnik zeugt – nebst der zahlreichen Leihwerke in Universitätsbibliotheken, der Vielzahl an zur qualitativen Inhaltsanalyse angebotenen Workshops und der dazu lancierten elaborierten Software-Programme (MAXQDA, ATLAS.ti u. v. m.) – vor allem Philipp Mayrings Standard-

werk *Qualitative Inhaltsanalyse*, das, im Original bereits 1982 erschienen, nun in die 12. Auflage geht.

11.2.1 Die Grenzen der qualitativen Inhaltsanalyse

Ein Kritikpunkt an der qualitativen Inhaltsanalyse ist jedoch, dass sie nicht-sequenzialistisch vorgeht, weshalb die Gesamtgestalt des Textes und deren innere Logik verloren gehen. Sie kommt darum weniger häufig bei der Analyse personaler Interaktionen und/oder Kommunikation zum Einsatz, bei denen der Text von Beginn bis zum Ende in seiner äusseren und inneren Logik erfasst werden möchte; die Form der Handlung (im Unterschied zum Inhalt) kann in ihrem Sinngehalt mittels eines inhaltsanalytischen Vorgehens nur begrenzt erfasst werden.

Mit der Betonung des systematischen und regelgeleiteten Vorgehens, angelehnt an klar definierte Gütekriterien, grenzt sich die Mayring'sche Inhaltsanalyse dezidiert von den hermeneutischen Verfahren und gegen die freie Interpretation, die «impressionistische Ausdeutung des zu analysierenden Materials» ab (Mayring, 2010, S. 12). Genau diese an der quantitativen Empirie orientierte methodische Strenge macht allerdings auch ihre Limitationen deutlich. Sie ist darum mehrheitlich noch immer auf die Auswertung von Medientexten und Interviews beschränkt. Sie ist nicht dazu gedacht, an implizite Inhalte zu gelangen, doch genau dort eröffnet sich ein facettenreiches und bedeutungsvolles Forschungsfeld. Gerade in der psychologischen Forschung, wo oft die 'tiefere' oder 'latente' Bedeutung Gegenstand des Forschungsinteresses ist, behelfen sich die Forschenden darum jener Methoden, die mehr interpretatorischen Spielraum zulassen.

11.2.3 Auf diese Studie angeglichenes Vorgehen

Um sichtbar zu machen, wie sich das Anliegen im Gesprächsverlauf verändert, muss zunächst eine Art 'Nullpunkt' gesetzt werden. Es muss also erfahrbar werden, wie sich das Anliegen bei der Gesprächseröffnung manifestiert. Hierfür kann auf die Vorarbeiten Wilkes (1992) zurückgegriffen werden, deren inhaltsanalytisches Kategoriensystem zur Erfassung des Anliegens in Eröffnungssequenzen an zahlreichen Erstgesprächen erprobt wurde (Kap. 8.1 bis 8.3). Der Beschreibung des Ansatzes von Wilke und der Erläuterung des konkreten Vorgehens sowie der Interpretation der Ergebnisse ist ein eigenes Kapitel (Kap. 12.1) gewid-

met. Durch Lücken im Kategorienschema oder eine spezielle Anordnung ergeben sich bereits auch erste Hinweise zum impliziten Anliegen.

Zweites inhaltliches Ziel ist es, systematisch und regelgeleitet auf der Basis der wortwörtlichen Mitteilungen in den Therapiegesprächen die expliziten Elemente des Anliegens im gesamten Gespräch zu identifizieren, und zwar sowohl seiner Inhalts-, als auch seiner Beziehungsaspekte. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens findet sich in Kapitel 12.3.1.

Anhand der Analyse des Therapiegesprächs *Alexandra* kann die Qualität der Inhaltsanalyse geprüft werden (Intercoderreliabilität). Dies ist deswegen gut möglich, weil dasselbe Datenmaterial anhand derselben Methode im Rahmen der Pilotstudie von Mathys et al. (2013), und unabhängig von der Autorin der vorliegenden Arbeit, bearbeitet wurde (siehe auch Mockunaite, 2011).

11.3 Das implizite Anliegen

Psychotherapie ist eine Spezialform institutionalisierter Interaktion. Während bei 'gewöhnlichen' Gesprächen davon ausgegangen wird, dass sich die Bedeutung des Kommunizierten sozusagen im Gesagten befindet, gibt es in der Psychotherapie die Vorstellung einer zweiten, dahinter liegenden Gesprächs- oder Bedeutungsebene. «In psychotherapy, there is an endemic orientation in the therapist, and usually also in the patient, to examine the patient's talk *beyond its intended meaning*» (Peräkylä, 2013, S. 552). Wie dieses 'beyond' zu verstehen ist, hängt von der jeweiligen theoretischen Krankheits- und Behandlungstheorie ab. Diese im Verborgenen sich befindenden Bedeutungen an die Gesprächsoberfläche zu bringen und mit dem seelischen Leiden sinnhaft zu verbinden ist, was Therapeut/innen tagtäglich tun.

Es sind diese nicht formulierbaren Aspekte, die sich nicht per Thematisierung, sondern nur im Vollzug zwischen Sprecher und Hörer vermitteln (Boothe et al., 1998, S. 49ff.), die das implizite Anliegen definieren. Der Begriff des *Impliziten* beschreibt Elemente des Anliegens (der Problemstellung und Adressierung an den Therapeuten), die der Person noch nicht zugänglich und deshalb auch nicht verbalisierbar sind.

Für das empirische Vorgehen bedeutet dies in erster Linie, dass sich diese impliziten Anliegens Elemente nicht an der Textoberfläche befinden, und sich darum nur indirekt erschliessen

lassen. Verschiedene Therapieschulen finden sich in der Annahme, dass solche impliziten Aspekte indirekt über das Beziehungsverhalten verstehbar werden, und zwar erstens über Schilderungen von Beziehungsepisoden, und zweitens über die Beobachtung der sich im therapeutischen Raum entfaltenden Beziehungsdynamik (Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, 2006; Stucki & Grawe, 2007). Eine Methode, die einen äußerst validen Zugang zur Analyse der unbewussten Beziehungsdynamik bietet, ist die Konversationsanalyse (Kap. 11.5 & Kap. 12.3.2). Ebenfalls einen Zugang zu unbewussten Prozessen bietet die Untersuchung der Mimik (Kap. 11.6 & 12.4), da diese unwillkürlich und nicht bewusst steuerbar abläuft (Ekman & Friesen, 1982b; Hess & Kleck, 1990).

11.4 Klärung und Aushandlung des Anliegens

Menschen kommen in einem Zustand der Orientierungslosigkeit in ein psychotherapeutisches Erstgespräch. Es ist davon auszugehen, dass einzelne Komponenten des Anliegens zunächst noch nicht ausdrücklich in Worte gefasst werden. So werden zum Beispiel Erwartungen an eine Therapie formuliert, obwohl die eigentliche Problemstellung unklar bleibt; oder es wird eine solche ausführlich geschildert, jedoch kein Anliegen an die Fachperson in ihrer beratenden Funktion gerichtet. Aus einer zu Gesprächsbeginn erst fragmentarischen Ahnung des Anliegens wird, wenn das Gespräch denn den gewünschten Erkenntniszuwachs mit sich bringt, ein besser fassbarer Sachverhalt. Nicht zufällig erwarten Ratsuchende von einer Abklärung, danach ihr Problem *besser* verstehen zu können (Kerz-Rühling, 2005). So ist es auch nachvollziehbar, dass das Anliegen sich innerhalb der ersten Begegnung mit der Fachperson verändern wird. Gewisse Komponenten des Problems werden, beeinflusst durch die Expertise und Erfahrung der Fachperson, herausgearbeitet und geschärft. Andere thematische Elemente wiederum werden womöglich in den Hintergrund treten. Erst durch die gemeinsame Aushandlung kann sich ein in sich konzises Anliegen zur gemeinsamen Bearbeitung bilden.

Um diesen Verständigungsprozess nachverfolgen zu können, muss also das interaktive Geschehen empirisch nachvollzogen werden. Mit der Konversations- bzw. Gesprächsanalyse – die Begriffe werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet – können diese interaktiv ablaufenden Prozesse sichtbar gemacht werden (Grimmer, 2014; Peräkylä et al., 2008b; Streeck, 2006). Aber nicht nur die sprachliche Verständigung und Aushandlung über das Anliegen ist von Interesse. Es lohnt sich auch die Analyse nonverbalen Verhaltens, «weil Patienten und Psychotherapeuten im Gespräch miteinander auf solche feinen Details ihres Verhal-

tens reagieren und sich mit Mitteln merklich beeinflussen, die mit bloßem Auge häufig kaum wahrnehmbar sind» (Streeck, 2009, S. 37). Verschiedene Studien haben gezeigt, dass sich in der therapeutischen Interaktion schon sehr früh Dynamiken abspielen, die sich dem Bewusstsein verschließen, jedoch über die Analyse der Mimik belegen lassen (z. B. Anstadt et al., 1996; Bänninger-Huber & Monsberger, 2016; Benecke & Dammann, 2004; Rasting, 2008). Zur Erfassung der impliziten affektiven Beziehungsdynamik bietet sich demnach die Analyse rekursiver mimisch-affektiver Interaktionsmuster mittels des *Facial Action Coding System* FACS (Ekman et al., 2002) an.

11.5 Konversationsanalyse

a word is a bridge thrown between myself and another
(Voloshinov, 1924/1986, S. 86)

11.5.1 Ethnomethodologie, Konversationsanalyse und Psychotherapie

Die psychoanalytische Theorie war in den 1950er- und 1960er-Jahren von der Entdeckung geprägt, welche fundamentale Bedeutung die Übertragung für das therapeutische Geschehen hat (Argelander, 1966; Balint & Balint, 1962; Gill et al., 1954). Psychotherapie wurde erstmals ausdrücklich als interaktives Geschehen wahrgenommen (Stichwort: bipersonale Psychologie). Wahrscheinlich nicht zufällig, sondern dem Zeitgeist und seinen Einflüssen geschuldet, begründete der Soziologe Harold Garfinkel zeitnah die Ethnomethodologie (1967/2002). «Ethnomethodologie bezeichnet nichts anderes als die Lehre, dass Gesellschaftsmitglieder, die miteinander umgehen ('Ethno'), in jedem Moment in umschriebenen Situationen ihr Handeln interpretieren und ihrem Handeln fortlaufend wechselseitig Sinn zuschreiben, wenn sie ihr Miteinander abwickeln» (Streeck, 1999, S. 81). Es ist davon auszugehen, dass Garfinkels ethnomethodologische Überlegungen auch Eingang in die Arbeiten der damaligen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker fanden und die Wandlung von der einpersonalen hin zu einer bipersonalen Psychologie mit beeinflussten. Die Psychoanalyse hatte, der Zeitgeschichte geschuldet, ihr intellektuelles Zentrum zu der Zeit mehrheitlich in den USA, und ihre Vertreterinnen und Vertreter bewegten sich in denselben universitären Kreisen wie Garfinkel.

Sinn und Ordnung sozialen Handelns wird also von den Beteiligten nicht schon in eine Situation *mitgebracht*, sondern erst in der Interaktion *hervorgebracht*. Diese Vorgänge verstehend

nachzuvollziehen, ist das Ziel der ethnomethodologischen Konversationsanalyse und ihrer 'Urväter' Harvey Sacks, Emanuel A. Schegloff und Gail Jefferson (Sacks et al., 1998). Sie hat ihren Platz in der interpretativen bzw. qualitativen Sozialforschung sowie in der interaktionalen Linguistik. Ihr klassisches Forschungsgebiet ist die Untersuchung von Gesprächspraktiken. Während sich die traditionelle, amerikanische *conversation(al) analysis* mehr mit der Analyse universeller, kontextfrei operierender Mechanismen befasst (Deppermann, 2001, S. 14), stehen mittlerweile in den meisten Untersuchungen – wie auch in der folgenden – kommunikative Vorgänge in einem bestimmten Kontext oder zu einem bestimmten Thema im Zentrum des Interesses. Es gibt – ähnlich der qualitativen Inhaltsanalyse – auch nicht die *eine* Konversations- oder Gesprächsanalyse. Die terminologische Erstreckung der beiden hier synonym verwendeten Begriffe ist in der wissenschaftlichen Diskussion nicht einheitlich (Galinski, 2004). Als gemeinsamer Nenner konversationsanalytischer Verfahren mag gelten, dass sie sich alle dafür interessieren, *wie* Menschen Gespräche führen, also nach welchen Prinzipien und mit welchen sprachlichen (oder auch anderen kommunikativen Mitteln) sie ihren Austausch gestalten (Deppermann, 2001).

Was die Konversationsanalyse von der Ethnomethodologie übernimmt, ist die Prämisse, dass die am Gespräch Beteiligten den *Sinn* und die *Geordnetheit* (Bergmann, 1994; Garfinkel, 1967/2002) des sprachlichen Materials selber (Rede-)Zug um (Rede-)Zug – oder Thema um Thema – im Dialog aufzeigen und dergestalt durch Anwendung der Methode auch dem Betrachter erlaubt ist, diese Prozesse von aussen nachzuvollziehen. Es sind folgende fünf allgemeine Prinzipien, die für Gespräche im Allgemeinen gelten und auf denen denn auch die Konversationsanalyse gründet (Deppermann, 2001, S. 8f.):

1. *Konstitutivität* bezeichnet die aktive Herstellung der Gesprächsereignisse durch die Gesprächsteilnehmer.
2. *Prozessualität* steht für den Umstand, dass Gespräche zeitliche Gebilde sind. Es gilt deswegen die Abfolge von Aktivitäten zu beachten.
3. *Interaktivität*: Sinn wird im (interaktiven) Vollzug erzeugt. «Objekte der sozialen Wirklichkeit sind nur dann Objekte, wenn sie von Handelnden gemeinsam erbracht werden» (Tuma et al., 2013, S. 54).
4. *Methodizität*: «Gesprächsteilnehmer benutzen typische, kulturell (mehr oder weniger) verbreitete, das heisst für andere erkennbare und verständliche Methoden, mit denen

sie ... ihren Austausch miteinander organisieren» (Deppermann, 2001, S. 8). Es interessiert in erster Linie die *Form* der Handlungen, im Unterschied zum Inhalt.

5. *Pragmatizität*: «Teilnehmer verfolgen im Gespräch gemeinsame und individuelle Zwecke, und sie bearbeiten Probleme und Aufgaben, die ... bei der Organisation des Gesprächs selbst entstehen» (ebd., S. 9).

Die Prämisse der Konversationsanalyse lautet, dass Interaktion grundsätzlich *sequenziell*, das heisst zeitlich-prozessual, organisiert ist (Peräkylä, 2013, S. 551). Die Sequenzanalyse bildet somit das Rückgrat jeglicher Analyse. Dabei wird eine Sequenz nicht zeitlich starr festgelegt, sondern sind Anfang und Ende erst aus der Interaktion heraus festlegbar. Die sequenziell organisierte Struktur definiert sich aus den aufeinanderfolgenden abgebildeten Interaktionszügen: «Next turns are understood by co-participants to display their speaker's understanding of the just-prior turn and to embody an action responsive to the just-prior turn so understood» (Schegloff, 2007, S. 15). So macht es wenig Sinn, zum Beispiel regelhaft die ersten oder letzten 50 Sekunden eines Gesprächs zu analysieren. Nicht die Forscherin bestimmt, wann eine Sequenz anfängt und schliesst. Vielmehr wird die Sequenz inhaltlich aus den (visuellen und vokalen) Handlungszügen der Akteure abgeleitet.

Als Forschungsinstrument passt die ethnomethodologische Konversationsanalyse überraschend gut zum psychoanalytischen Denken: «Anders als die nomologisch orientierte Psychotherapieforschung verzichtet sie ausdrücklich darauf, dem Geschehen Kategorien von aussen überzustülpen. In der Haltung ihren Objekten gegenüber, die darin zum Ausdruck kommt, gibt es eine gewisse Verwandtschaft von Konversationsanalyse und psychodynamischer Therapie» (Streeck, 2006, S. 189). Sicher hat diese zutiefst induktive Haltung der Gesprächsanalyse, soziale Phänomene gleichsam «*from within*» (Bergmann, 1994, S. 8) in der ihnen eigenen Dynamik zu erfassen, dazu geführt, dass sie vor allem in der psychoanalytisch orientierten Prozessforschung ihren festen Platz gefunden hat (Peräkylä, 2008; Streeck, 1999).

Die konversationsanalytische Methode eignet sich überdies im Besonderen dazu, implizite kommunikative Inszenierungen wissenschaftlich zu erfassen, weil die Oberflächennähe ihres Vorgehens, die Orientierung am Manifesten, also Seh- und Hörbaren, davor bewahrt, allzu intuitive Interpretationen anzubringen: «Indem hier methodisch gefordert wird, subtile Details von Äusserungen zu erfassen und zu untersuchen, wird zugleich einer Tendenz ein Riegel vorgeschoben, gleichsam 'zu früh' das manifeste Material zu verlassen und darüber zu

phantasieren, was vermeintlich 'wirklich dahinter steckt'» (Streeck, 1999, S. 88). In der allgemeinen Psychotherapieforschung wird die Gesprächsanalyse dennoch wenig genutzt. Dies dürfte neben dem erst langsam entstehenden Interesse mancher Therapieverfahren an impliziten interaktiven Vorgängen vor allem daran liegen, dass die Untersuchungen relativ aufwendig sind. Noch vor der eigentlichen Analyse nimmt bereits die Transkription der Gespräche viel Zeit in Anspruch.

11.5.2 Gesprächsanalytische Herangehensweise an die Fragestellungen

Die Datenanalyse erfolgt in mehreren aufeinander aufbauenden Schritten: Zunächst wird das ganze Ereignis, also das Erstgespräch, vom Anfang bis zu ihrem Ende betrachtet. Begonnen wird daher mit der makroskopischen Strukturbeschreibung des Gesamtgesprächs (Kap. 12.2). Die Verlaufsanalyse orientiert sich dann im Wesentlichen an den Empfehlungen Deppermanns zu Sequenzmustern und Makroprozessen (2001, S. 75ff.). Das konversationsanalytische Vorgehen ist im Detail in Kapitel 12.3.2 beschrieben. Schon hier kann festgehalten werden, dass die Klärungs- und Aushandlungssequenzen zum Anliegen einer Feinanalyse unterzogen werden. Um implizite Anliegen Aspekte zu eruieren wird nach spezifischen, sich wiederholenden Mustern der Rollenzuweisung und der wechselseitigen Interaktionsregulation gesucht.

11.6 Facial Action Coding System FACS

11.6.1 Was ist FACS?

Als weltweit gebräuchliches Codierverfahren für Gesichtsbewegungen hat sich das *Facial Action Coding System* (FACS) durchgesetzt (Ekman & Friesen, 1978). Es hat sich vor allem in der Emotions- und Kognitionspsychologie als valide und reliable Forschungsmethode bewährt und weist ausserdem eine – für die relativ junge Forschung am nonverbalen Geschehen – lange Tradition in der Psychotherapie-Prozess-Outcome-Forschung auf.

Die Grundlage des Systems bilden physiologische Prozesse, einzelne Bewegungen der mimischen Muskulatur, die in 44 Bewegungseinheiten, sogenannten *Action Units* (AUs), eingeteilt werden. Die Klassifikation erlaubt eine differenzierte, systematische und objektive Erfassung des mimischen Ausdrucks und ihrer Ausprägungsstärke ('A' für an der Wahrnehmungsgrenze bis 'E' für das physiologische Höchstmass). Für die bezüglich FACS ungeübte Leserin bzw.

den ungeübten Leser sind die wichtigsten Action Units mitsamt den dazu passenden Illustrationen in Appendix B aufgeführt.

Das Erlernen der Methode ist äusserst aufwendig. Zwar steht ein Manual für das Selbststudium zur Verfügung (Ekman et al., 2002), allerdings wird dringend empfohlen, FACS in der Gruppe und im Seminar zu üben. FACS darf nur zu Forschungszwecken verwendet werden, wenn eine Zertifizierung (*FACS Final Test*) vorliegt. Hier ist zu erwähnen, dass die Verfasserin der vorliegenden Arbeit über eine solche verfügt. Die Vorbereitung auf den *FACS Final Test* nimmt 50 bis 100 Stunden in Anspruch. Danach ist ein basales Verständnis für die Erhebung mimischer Innervationen geschaffen. Die eigentliche Arbeit am Forschungsmaterial benötigt aber eine ungleich höhere Expertise und bedeutet hunderte von Arbeitsstunden mehr. Vor allem die akkurate Erkennung der *Action Units* im bewegten Bild bedarf weiterer Übung. Zur Kontrolle der Rater-Reliabilität wurden die Codierungen der vorliegenden Arbeit deshalb in den Anfängen von Dr. Eva Huber (Innsbruck), ebenfalls zertifizierte FACS-Coderin, überprüft und mit ihr besprochen. Hinzu kamen zusätzlich unzählige Wiederholungen in der Sichtung des Videomaterials, die der Intra-Rater-Reliabilität dienen. Schwierige Videosequenzen wurden in der vorliegenden Studie darüber hinaus immer mit Dr. phil. Lea Richter (Zürich), die ebenfalls in der Methode ausgebildet ist, ein zweites Mal visualisiert und besprochen.

11.6.2 Wie werden *Action Units* interpretiert?

Die Erfahrung mit der Methode zeigt, dass die gewünschte Objektivität in Form einer standardisierten Datenauswertung im Forschungsprozess relativ rasch abnimmt. Die im *Emotional Facial Action Coding System* EmFACS (Ekman & Friesen, 1982a) zur Interpretation zugelassenen mimischen Codes decken nur klar umrissene, prototypische Emotionsausdrücke ab. In der therapeutischen Interaktion zeigen Menschen aber eine ungleich variantenreichere Mimik, die indes nicht immer eine Emotion ausdrückt. Ein Überblick, welche Bedeutung gewissen nicht-standardisierten *Action Unit*-Kombinationen zugeschrieben wird, findet sich bei Bänninger-Huber (1996). Insbesondere die Bedeutung verschiedener Arten des Lächelns ist mittlerweile sehr genau erforscht; die Unterscheidung zwischen 'echtem', also gefühltem, Lächeln und dem falschen, sozial erwünschten, oder auch dem maskierenden Lächeln, ist schon seit langem gut belegt (Ekman & Friesen, 1982b). Auch das Blickverhalten, die Drehung des Kopfes sowie das Timing der mimischen Innervationen spielen bei der Interpretation des mimisch-affektiven Geschehens eine wesentliche Rolle. Ebenfalls eine grosse Hilfe

für eine gelungene, sprich nachvollziehbare, Interpretation eines mimisch-affektiven Zeichens ist die Beachtung des verbalen Gesprächsinhalts (Kontextanalyse).

Nonverbales Verhalten kann als äusserer Ausdruck innerer emotionaler Zustände verstanden werden. Zum Beispiel gelten Weinen als Ausdruck von Trauer, Lachen als Ausdruck von Freude. Diese Auffassung können die meisten Menschen nachvollziehen. Indes konstatierte bereits Charles Darwin (2009, S. 89), dass der emotionale Ausdruck eines Individuums auch im Dienste der sozialen Interaktion, als Signal an das Gegenüber, zu begreifen ist. «Mimische Verhaltensweisen können als eine Art 'Schnittstelle' zwischen intrapsychischen und interaktiven Regulierungsprozessen aufgefasst werden: Sie sind nicht nur Ausdruck eines inneren Zustands, sondern weisen gleichzeitig eine interaktive Bedeutung auf» (Bänninger-Huber, 2006, S. 303). Bei der Interpretation des mimischen Geschehens ist deswegen auch die Reaktion des Gesprächspartners auf ein bestimmtes nonverbales Verhalten zu beachten. Streeck (2006) beschreibt letzteres an folgendem Beispiel:

Wenn in einem therapeutischen Gespräch von Angesicht zu Angesicht der Psychotherapeut beispielsweise seinen Blick abwendet, während der Patient spricht, behandeln viele Patienten dieses Verhalten als Entzug von Aufmerksamkeit. Im nächsten Schritt greifen sie dann zu Mitteln, die geeignet sind, die Aufmerksamkeit des Psychotherapeuten zurück zu gewinnen, indem sie beispielsweise kurz innehalten und ihre Mitteilungen unterbrechen ... Dass der Patient das Verhalten des Psychotherapeuten ... behandelt, als sei es Entzug von Aufmerksamkeit ..., heisst aber nicht, dass die Abwendung des Blickes für sich genommen Aufmerksamkeitsentzug *bedeutet*. Vielmehr definiert das nachfolgende Verhalten die Bedeutung der Blickabwendung als Aufmerksamkeitsentzug. (S. 180f.)

Die Bedeutung einer Geste wird demzufolge über die nachfolgende Handlung angezeigt. Sie ist erst durch die Beachtung der Interaktion erfassbar. In dieser Auffassung zeigt sich das konversationsanalytische Paradigma der *Interaktivität*. Mit Streeck (2006) gesprochen, müssen Patient/innen und Therapeut/innen sowohl Aufgaben der Selbstregulierung, als auch Aufgaben der Interaktionsregulierung nachkommen und diese beiden Funktionen aufeinander abstimmen. Therapeutische Prozesse können unter dem Gesichtspunkt dieser interaktiven Abstimmung verstanden werden.

12 Die konkreten Auswertungsschritte und ihre Darstellung im Fliesstext

Zwecks besserer Übersichtlichkeit sind die konkreten Auswertungsschritte in der folgenden Abbildung graphisch dargestellt. Auch im Fliesstext, also in der Darstellung der Ergebnisse, wird dieser Ablauf aus Gründen der Leserfreundlichkeit eingehalten.



Abbildung 4: Die konkreten Auswertungsschritte in den empirischen Fallanalysen

12.1 Analyse der Eröffnungssequenz

Für die Erfassung des Anliegens wird in einem ersten Schritt der erste Redebeitrag der Patientin bzw. des Patienten einer qualitativen Inhaltsanalyse, basierend auf dem von Wilke (1992) erarbeiteten Kategorienschema, unterzogen. «Es wird eine Inhaltsanalyse vorgelegt, die der Interaktion der Beteiligten insofern Rechnung trägt, als sie, aufgrund der vorhergehenden konversationsanalytischen Studie, sowohl den Kontext des Gespräches als auch die Platzierung der Redebeiträge und deren sequentieller Implikation berücksichtigt» (ebd., S. 179). In diesem ersten Redebeitrag formulieren Ratsuchende zum ersten Mal ihr Problem und/oder Anliegen als Antwort auf die Eingangsfrage der Therapeut/innen, was sie in das Erstgespräch führt. Er gibt gemäss Wilke einen ersten Eindruck vom expliziten und impliziten Anliegen, nicht nur auf das inhaltliche Problem bezogen, sondern auch mit Blick auf die entstehende therapeutische Beziehung: «Schon in den ersten Redebeiträgen formiert sich die therapeutische Beziehung. Auch die Entwicklungsmöglichkeiten der Beziehung und ihrer gemeinsamen Kapazitäten können bereits verdichtet abgelesen werden» (ebd., S. 347). Die Eröffnungssequenz hat laut Wilke also auch indikatorischen Wert. Was an Aussage möglich ist, betrifft in der Konsequenz tatsächlich die Persönlichkeit der Klientin oder des Klienten. Wie sich dann das Gespräch entwickelt und möglicherweise auch von den Indikatoren abweicht, das hat dann wiederum mit der Beziehungsdynamik zwischen den beiden Gesprächspartnern zu tun. Die Analyse der Eröffnungssequenz – und falls inhaltlich notwendig der darauf folgenden Redezüge – bildet damit sozusagen den Nullpunkt des Anliegens, eine Orientierung, von der aus das Geschehen dann seinen Lauf nimmt.

12.1.1 Inhaltsanalytische Kategorien nach Wilke

Für den ersten Redebeitrag der Ratsuchenden als Antwort auf die Initialfrage der Behandelnden hat Wilke (1992) die konstituierenden, also regelhaft vorkommenden thematischen Bestandteile inhaltsanalytisch herausgearbeitet und in folgenden Kategorien gebündelt (S. 183ff.): 1) *Etikett* (E); 2) *Problembezogene Selbstdarstellung* (pSD); 3) *Symptomorientierte Selbstdarstellung* (sySD); 4) *Steigerung* (S); 5) *Krisensignal* (KS) und 6) *Kommentar* (Ko).

Das Etikett (E)

Wer zu einem psychotherapeutischen Erstgespräch erscheint, weist sich mit dem *Etikett* als Trägerin oder Träger psychischer oder körperlicher Zustände aus, die abstrahierend als 'Symptome' bezeichnet werden können. Damit wird auch inhaltlich die Patientenrolle definiert und aktiv eingenommen und dem Gegenüber gleichzeitig der Status eines Helfers bzw. einer Helferin zugebilligt. Das Symptom wird also als eine Art Eintrittskarte in das Gespräch benutzt und dient der Begründung für das Erscheinen. Das Etikett ist diejenige Kategorie, die nie fehlt. Dies ist insofern logisch nachvollziehbar, als dass es, wie seine Definition schon besagt, als Grundlage für den gesamten eröffnenden Beitrag benötigt wird. Ohne Etikett wären sämtliche anderen Informationen ohne Bezugspunkt.

Die spezifische Eignung für ein psychotherapeutisches Erstgespräch kann durch die Bezugnahme auf psychische Symptome wie 'Depressionen' oder 'Angstzustände' unterstützt werden, im Gegensatz zu rein körperlichen Symptomen, wo das Aufsuchen einer psychotherapeutischen Beratung einer besonderen Erklärung bedarf. Wie häufig ein Thema zur Sprache kommt, ist gemäss Wilke (1992) für dessen Relevanz nicht zentral und eine inhaltsanalytische Quantifizierung der Kategorien dadurch wenig sinnvoll. Auch Inhalte, die anfangs seltener angesprochen werden, können später einen äusserst wichtigen Stellenwert im Gespräch erhalten. Ihre Bedeutung zeigt sich an der regelmässig durchgeführten Verhandlung über gerade diese Themen.

Problembezogene (pSD) und symptomorientierte Selbstdarstellung (sySD)

Die beiden Kategorien der *problembezogenen* und der *symptomorientierten Selbstdarstellung* ergänzen das Etikett um einen weiteren Aspekt und explizieren den Grund, der zum psychotherapeutischen Gespräch führte. Sie beinhalten Detaillierungen der Symptome, also der das Problem umgebenden Umstände. Es handelt sich dabei um Themen, welche die Symptome – mit temporaler ('hauptsächlich dann', 'meistens', 'wenn') oder kausaler ('weil', 'wegen') Bezugnahme – im Hinblick auf auslösende oder verstärkende Situationen und Ereignisse ergänzen und ihre Konsequenzen andeuten.

Die *problembezogene Selbstdarstellung* beinhaltet die Beschreibung von Persönlichkeitsmerkmalen, in deren Zusammenhang das Symptom eine besondere Rolle spielt und die dessen Auftreten begünstigen. Die *problembezogene Selbstdarstellung* dient der Selbsttypisie-

rung in dem Sinne, dass eine Person sich als jemand bezeichnet, der in einer beschriebenen Situation oder aufgrund ihrer Persönlichkeit bestimmte Dinge widerfahren. Auf diese Weise kann diese Person sich als jemand ausweisen, die Einsicht und Beobachtungsfähigkeit im Kontext ihrer Beschwerden zeigt und jene in direkten Zusammenhang mit gewissen Lebensumständen bringen kann. Mit der Herstellung eines Zusammenhangs zwischen Symptomatik und Lebensumständen lässt sie ein im weitesten Sinne psychologisches Problembewusstsein erkennen. Unter der Voraussetzung, dass eine Psychotherapie gewünscht wird, könnte also bereits zu diesem frühen Zeitpunkt die Motivation und Eignung dazu kenntlich gemacht werden.

Gelegentlich geben Personen keine problembezogenen, sondern *symptomorientierte Selbstdarstellungen* ab: «Die hier enthaltenen Themen behandeln, ähnlich wie bei der problembezogenen Selbstdarstellung, Situationen, die das Symptom umgeben. Nur lassen sie keinen Einblick in ein Problemverständnis des Patienten zu. Vielmehr bleibt die Beschreibung streng am Symptom orientiert» (Wilke, 1992, S. 223). Die Schilderungen berücksichtigen äussere Umstände, jedoch keine psychologischen Komponenten.

Krisensignal (KS) und Steigerung (S)

Mit dem *Krisensignal* und der *Steigerung* wird das Symptom als Leiden bewertet. Es braucht diese subjektive Zuschreibung, damit aus Symptomen 'Beschwerden' werden (Nothdurft, 1984; zit. nach Wilke, 1992, S. 184). Ohne sie wäre der subjektive Grund für das Aufsuchen einer psychotherapeutischen Abklärung wenig verständlich. Deshalb ist es notwendig, sich *expressis verbis* als krank und behandlungsbedürftig zu beschreiben.

Das *Krisensignal* ist durch eine eindeutige Zuspitzung des Leidens charakterisiert, so dass es sich in Form einer Krise von anderen Lebensumständen abhebt. Dies kann so verstanden werden, dass der Patient an die emotionale Anteilnahme, das Mitleid und die Hilfsbereitschaft des Therapeuten appelliert. Teilweise beinhaltet das *Etikett* bereits ein *Krisensignal* (E = KS). Dann bedarf es keines gesonderten, um das Leiden zu verdeutlichen.

Die *Steigerung* hat einen deutlich geringeren emotionalen Ausdruckswert als das *Krisensignal*. Sie ist enger an eine Beschreibung der belastenden Symptome angelehnt, als dass sie auf aussergewöhnliche psychische Zustände hinwiese. So zeichnet sie sich eher durch eine konti-

nuierliche Verschlimmerung der Symptomatik innerhalb eines längeren Zeitraums aus und weist meist nicht die Schwere eines *Krisensignals* auf. Es geht eher um das Leiden beziehungsweise dessen stete prozesshafte Entwicklung. Durch Adjektive wie 'schlimm(er)' oder Zeitadverbien wie 'lang anhaltend' wird auf die sich verändernde Qualität der Symptome und weniger auf deren Auswirkungen auf das seelische Befinden hingewiesen. Der Appell an das Gegenüber fällt weniger stark aus als beim Krisensignal, da persönliche Betroffenheit nicht zum zentralen Thema erhoben wird.

Der Kommentar (Ko)

Dieser Themenkomplex ist von besonderer Relevanz für das Anliegen. Hier wird erstmals eine Stellungnahme zur Inanspruchnahme des psychotherapeutischen Erstgesprächs mit ersten Fragmenten einer Behandlungserwartung abgegeben. «Der Kommentar erfüllt die Aufgabe einer Gesamtwertung der Symptome unter dem Gesichtspunkt einer möglichen psychotherapeutischen Behandlung sowie einer Stellungnahme zum Erstgespräch» (Wilke, 1992, S. 195). «Mit dem Kommentar gibt der Patient seiner Darstellung einen Rahmen. In ihm ist am ausführlichsten eine Einschätzung der Behandelbarkeit seiner Beschwerden und eine Stellungnahme zur Gesprächssituation ... enthalten» (ebd., S. 188). Wenn auch manchmal vage formuliert, so überwiegt in dieser Kategorie das Thema 'Behandlung'. Mit dem *Kommentar* wird die eröffnende Rede dem Gegenüber überdies zur gemeinsamen Betrachtung übergeben. Da diese Kategorie derart komplexe und facettenreiche Seiten zeigt, erfolgt eine Untergruppierung in fünf Typen (ebd., S. 196ff.):

1. Fremdkommentar: Hierbei wird der externe Einfluss durch die Erwähnung einer Empfehlung oder Überweisung deutlich gemacht; man wurde 'geschickt'. Dieser Kommentar lässt den minimalsten Einblick in die persönlichen Beweggründe zu, die zum Erscheinen veranlasst haben. Mit ihm wird ausserdem am häufigsten Passivität ausgedrückt.
2. Psychologischer Kommentar: Er beinhaltet die Vermutung über einen psychologischen Auslöser der Beschwerden. Es geht darum, die Ursachen für das Leiden zu finden. Dabei muss der Wunsch nach einer Psychotherapie durchaus nicht deutlich ausgeprägt sein oder explizit geäußert werden. Für viele ist sie eher eine der letzten Möglichkeiten, die sie wegen des Scheiterns oder unbefriedigender Resultate anderer Behandlungen in Anspruch nehmen ('Komme nicht weiter', 'muss was anderes versu-

chen'). Vielmehr ist gerade bei dieser Kommentarform ein Sich-Herantasten an eine mögliche psychotherapeutische Behandlung typisch. Dementsprechend beinhaltet diese Kommentarform die meisten Zweifel, gefühlhaften Einstellungen und Darstellungen von Krisen im Zusammenhang mit den Behandlungserwartungen. Zusammenfassend kann der psychologische Kommentar als derjenige bezeichnet werden, der am deutlichsten Einblicke in den Entscheidungsprozess erlaubt, der letztendlich im Aufsuchen des Abklärungsgesprächs mündete.

3. Zielkommentar: Diese Form beinhaltet klar definierte Behandlungsziele. Häufig wird dabei ein recht eng umschriebener Bereich genannt (z. B. 'weg von den Medikamenten'). Ein interessanter Aspekt des Zielkommentars ist, dass hier persönliche Vorstellungen darüber zum Ausdruck kommen, wie das Resultat einer Therapie aussehen soll oder wie diese überhaupt funktioniert.
4. Indifferenten Kommentar: Diese Form beinhaltet jene Kommentare, in welchen nur vage Andeutungen, sozusagen zwischen den Zeilen, über Erwartungen bezüglich des Erstgesprächs getroffen werden und keine eigene Aktivität erkennbar wird; Wünsche oder Fragen werden nicht an das Gegenüber gerichtet und keine (aktive) Auseinandersetzung mit den Symptomen und deren möglicher Entstehung geschildert. Und dennoch wird ein Appell und die 'Übergabe' der initialen Schilderung an die Fachperson deutlich.
5. Negativer Kommentar: Damit wird die Ablehnung über die Überweisung zum Erstgespräch ausgedrückt. Es ist davon auszugehen, dass in der vorliegenden Arbeit ein solcher nicht vorkommen wird. Die vorliegende Arbeit erfasst nur Abklärungsgespräche, für die sich Personen aus freien Stücken angemeldet haben.

12.1.2 Die Interpretation der Sättigung und Anordnung des Kategorienschemas

Nach Zuordnung der Textstellen zu den jeweiligen Kategorien wird in einem weiteren Schritt die Beziehung der einzelnen Themenbereiche untereinander festgestellt und damit die inhaltliche Struktur der Redebeiträge wiedergegeben. Ein Eröffnungsschema mit allen sechs Kategorien wird als 'gesättigt' bezeichnet. Für eine inhaltliche Vollständigkeit der Anliegenformulierung können gemäss Wilke (1992) jedoch auch weniger Kategorien enthalten sein, da sich die Steigerung und das Krisensignal meist ausschliessen.

Die im Schema fehlenden Kategorien geben Aufschluss über das implizite Anliegen, das heisst über das jeweilige implizite Interaktions- und Beziehungsangebot, und damit letztendlich über die Persönlichkeitsstruktur der ratsuchenden Person (ebd., S. 288). Während die für die Betroffenen leichter zu verbalisierenden (und deswegen initial vorhandenen und später in breiter Ausführlichkeit behandelten) Inhalte quantitativ einen grösseren Stellenwert einnehmen, sind es die initial fehlenden Themen, die oft schwerer zum Gegenstand gemeinsamer Betrachtungen zu machen sind. Sie sind jedoch letztendlich für ein tieferes Verständnis der impliziten Elemente der Problematik und des Anliegens gerade notwendig. Vereinfacht gesagt sollte bei der Analyse darauf geachtet werden, was der Patient *nicht* sagt. Für die Analyse dienen daher folgende Fragen zur Orientierung: Welche Kombination von Kategorien tritt auf? Welche Konsequenzen ergeben sich, wenn die eine oder andere Kategorie fehlt?

12.2 Analyse der Grobstruktur des Gesprächs

Der Einstieg in die eigentliche Verlaufsanalyse erfolgt durch die makroskopische Gliederung des Gesprächs in Themen- und Handlungssegmente (Deppermann, 2001, S. 52). Diese Strukturierung ist nicht nur hilfreich, um eine erste, möglichst objektive Übersicht über die globale Gesprächsstruktur und Verlaufsdynamik zu erhalten. Sie ist auch für die nachfolgende Detailanalyse wertvoll. Welche Themen sich in der makroskopischen Betrachtung herauskristalisieren, ist im Vornherein noch nicht festgelegt und auch nicht definierbar, sondern ergibt sich aus dem Gesprächsverlauf heraus. So kann es sein, dass sich die Segmente der einzelnen Gespräche voneinander unterscheiden.

Anhand der Auszählung der (von Hörersignalen bereinigten) sequentiellen Zeilenaktivität im Transkript wird zudem das Sprecher Verhältnis ersichtlich. Es lässt sich in einem Balkendiagramm graphisch darstellen. Eine Alternative wäre die Erstellung des Interaktionsverlaufs mittels Zeitmessung. Der Mehraufwand dieser Darstellung würde indes keinen bedeutenden Erkenntniszuwachs mit sich bringen. Darum wird auf eine zeitliche Auswertung des Sprecher Verhältnisses verzichtet.

12.3 Analyse des Gesprächsverlaufs

People, including clients and therapists, say far more than they know. As they speak, they tap the rich history of word meanings, evoking images and ideas they did not consciously intend or anticipate when they spoke. The meanings draw on the experiences of previous users of the words.
(Stiles, 2011, S. 374)

12.3.1 Inhaltsanalytisches Vorgehen

Die Verbatimtranskripte zu den Erstgesprächen werden systematisch mithilfe der folgenden vorgefassten Fragen einer induktiven Inhaltsanalyse unterzogen:

- Wo und wie erklären Ratsuchende ihr Anliegen in der ersten Abklärungssitzung?
- Welches sind die dabei verwendeten lexikalischen Wortwahlen?
- Welches sind die Beiträge von therapeutischer Seite, die allenfalls zu einer weiteren Akzentuierung des Anliegens führen?

Als Untersuchungsmethode wird dafür die spezifische Technik der *Zusammenfassung* (Mayring, 2010) gewählt: Es handelt sich um eine Form des Interpretierens, die für die qualitative Forschung von besonderer Bedeutung ist, strebt sie doch «nach einer möglichst naturalistischen, gegenstandsnahen Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers, eine Erfassung des Gegenstands in der Sprache des Materials» (ebd., S. 84). Die Perspektive der an den Erstgesprächen Beteiligten zu einem bestimmten Thema soll nachvollziehend und objektiv beschreibend rekonstruiert werden. Dies geschieht, indem man sich der ersten beiden Arbeitsschritte (*Paraphrasierung*, *Generalisierung*) der zusammenfassenden Inhaltsanalyse bedient. Dafür werden aus den Transkripten zunächst alle Sequenzen bestimmt, in welchen ein Bezug zum expliziten Anliegen ersichtlich ist. Als kleinste auszuwertende Analyseeinheit gilt dabei jede inhaltlich bedeutsame und vollständige Sinneinheit, die in Richtung der Fragestellungen interpretiert werden kann. Nicht beziehungsweise wenig inhaltstragende Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende und verdeutlichende Wendungen werden bei der *Paraphrasierung* gestrichen. Dennoch sind die extrahierten Paraphrasen immer noch in der Sprache des Falles gehalten, um den Gesprächscharakter zu bewahren. Danach folgt durch den Arbeitsschritt der *Generalisierung* die Übersetzung in ein psychologisches Vokabular. Nicht mehr der Ausgangstext selbst, sondern die Paraphrasen sind Ausgangspunkt dieses Arbeitsschrittes. Die weiteren Schritte zur Gewinnung eines höheren Abstraktionsniveaus (*Reduktion*, *Streichung*, *Bündelung*) machen in der vorliegenden

Studie keinen Sinn, da keine umfangreichen Datenkorpora untersucht, geschweige denn auf dem Niveau von Kategorien miteinander verglichen werden.

12.3.2 Gesprächsanalytisches Vorgehen

So, wie sich ein Gespräch Schritt für Schritt entfaltet, so ist auch der Forschungsprozess gestaltet. Zunächst wird das gesamte Gespräch Äusserung für Äusserung, unter Beachtung der strukturellen thematischen Segmente, *inhaltlich paraphrasiert* und bei der Handlungsbeschreibung die Art *sprachlicher Handlung* (Frage, Antwort, Reformulierung usw.) bestimmt. Durch dieses Vorgehen gewinnt man einen ersten Zugriff auf die Gesprächspassage, die an Verständlichkeit und Explizitheit gewinnt. Da auch die Erfassung des impliziten Anliegens (z. B. der latenten Problemorganisation) zu untersuchen ist, schliesst sich an diese erste Paraphrasierung eine eingehendere *semantische Analyse* an. Dabei wird nach der spezifischen Bedeutung der verwendeten Ausdrücke im Redekontext gefragt. Hier fließt der psychoanalytische Hintergrund der Forscherin mit ein.

Die Verständigung über das Anliegen und seine Bearbeitung sind Gesprächsaufgaben, die nur durch konzertierte Aktivitäten der beiden Teilnehmer zu bewältigen sind, die aus mehreren, aufeinander folgenden Schritten bestehen. Darum werden innerhalb des Erstgesprächs für das Thema des Anliegens konstituierende Teile identifiziert; Phasen, Sequenzen, Schwerpunkte der Aufmerksamkeit. Die konstituierenden Teile, etwa bestimmte Sequenzen, werden dann einer Feinanalyse unterzogen, der restliche Gesprächsverlauf paraphrasiert. Bei der Feinanalyse ist vor allem auf die Sequenzialität des Gesprächsvollzugs, das heisst auf ihre zeitliche Organisation, zu achten. Die Untersuchung *interaktiver Konsequenzen* (Deppermann, 2001, S. 70), also der Reaktionen, die auf eine fokale Äusserung erfolgen, ist die wahrscheinlich wichtigste Analyseaufgabe.

Die Frage nach dem impliziten Anliegen kann ebenfalls als Suche nach spezifischen Mustern der Rollenzuweisung und der wechselseitigen Interaktionsregulation verstanden werden. Typischerweise wird das Augenmerk auf die rekursiven, also die sich wiederholenden Handlungsmuster gelegt. Indem mehrere Sequenzen miteinander verglichen werden, werden typische Muster wiederkehrender Praktiken des sich gegenseitigen ‚Be-handeln‘ (Klüwer, 1983; Streeck, 2006) identifizierbar. Erst so wird wahrnehmbar, was zur Einzigartigkeit der jeweiligen Situation gehört und was für eine bestimmte Handlungsweise typisch und verallgemein-

nerbar ist. Diese Ergebnisse lassen dann interpretatorische Rückschlüsse in Bezug auf die Therapeut-Patient-Beziehung sowie die latente Problemorganisation zu. Es wird deutlich, dass sich das Anliegen zwar in der Theorie in einzelne Elementen beschreiben lässt, diese aber in der empirischen Analyse nicht einzeln bearbeitbar sind, sondern das Konstrukt als Ganzes gesehen und verstanden werden muss.

12.3.3 Ergebnisdarstellung im Fliesstext

Am sequentiellen Charakter des Gesprächs wird bei der Ergebnisdarstellung festgehalten, um den Gesprächscharakter für die Leserin und den Leser zu bewahren. Dies geschieht auf Kosten der methodischen Schärfe, da sich Inhaltsanalyse und Konversationsanalyse in dieser gewählten Form im Fliesstext nicht immer voneinander abgrenzen lassen. Am Ende des Kapitels wird zwecks Übersichtlichkeit eine interpretative Zusammenfassung gegeben, in der die relevanten Gesprächsaspekte zum Anliegen noch einmal hervorgehoben und miteinander in Beziehung gestellt werden.

12.4 Analyse rekursiver nonverbaler Muster und affektiv bedeutsamer Sequenzen

*It is like being able to listen not only to the words but also to the music;
it is not simply what his words tell you,
but also what the little facial muscles tell you.
(Bion, 1979/1994, pos. 2317)*

Die Analyse des mimischen Gehalts darf nicht einer naiven Betrachtung gleichgesetzt werden. Es handelt sich um eine systematische Analyse, was bedeutet, dass auf dem Video sichtbare mimische Interaktionen systematisch ausgewertet werden. Dabei ist der nonverbale nie vom verbalem Gehalt entkoppelt, so wie es auch im Akt des Kommunizierens selbst nie eine Entkoppelung von Sprechen und nonverbalem Verhalten gibt. Rein mimische Häufigkeitsausprägungen sind nur begrenzt interpretierbar und zeigen häufig keine oder nur schwache Zusammenhänge auf. Deswegen erscheint die Kontextualisierung der gezeigten Affekte angebracht.

Die mimische Analyse ist insofern aufwändig, als davon abgesehen wird, nur einzelne Sequenzen anzuschauen. Laut Krause et al. (1994; zit. nach Steimer-Krause, 1996, S. 229) sind mimische Daten, die an kurzen Zeitstichproben gewonnen wurden, für die charakteristischen

mimischen Muster einer Person über einen längeren Zeitraum (zum Beispiel ein ganzes Gespräch) nicht repräsentativ. Die Fehler und Verfälschungen aufgrund der inhomogenen Verteilung mimischer Aktivität im Interaktionsverlauf sind zu gross. Das heisst, dass immer auch das ganze Gespräch auf den nonverbalen Gehalt hin gesichtet werden muss.

Die heutige Videotechnologie macht es möglich, dass wir einzelne Sequenzen in einem induktiven Vorgehen immer und immer wieder betrachten können, bis die aufgezeichneten Geschehnisse verstehbar werden. Durch die Zeitlupe- und Zoomfunktion wird es ausserdem möglich, auch kleinste mimische Bedeutsamkeiten visuell sichtbar und zugänglich zu machen. Erst dadurch werden auch hoch komplexe Orchestrierungen kommunikativer Modalitäten analysierbar. Die wiederholte Sichtung bringt mimische und gestische Muster und Auffälligkeiten zutage wie *blends*, *masks*, *traps*, *PAMs*, die Häufung von *Adaptoren* und die Abnahme von *Illustratoren* sowie die Häufung von Indikatoren negativer Emotionen. Diese spezifischen mimisch-affektiven Zeichen wurden in zahlreichen Studien als bedeutsame Marker für das (z. T. interaktive) affektive Geschehen erkannt (Bänninger-Huber, 1996; Bänninger-Huber & Monsberger, 2016; Ekman, 2009; Ekman & Friesen, 2003). Auch die Hinzunahme des Sprachinhalts ist zur Analyse notwendig, da auch Passagen mit Wortwiederholungen, Stottern, nicht flüssiger Sprache, Satzabbrüchen, Pausen sowie Schuld narrative oder ironische Bemerkungen Hinweise auf Sequenzen liefern, in denen die Konfliktspannung für die Sprechenden hoch ist. Je nach Therapiegespräch stehen darum jeweils andere mimische Charakteristika im Vordergrund. In der Folge werden die wichtigsten mimischen Referenzen im Detail beschrieben. Sie sind ebenfalls im Appendix C aufgeführt.

12.4.1 Gestische Zeichen: Adaptoren und Illustratoren

Adaptoren sind Beruhigungsgesten. Es sind nonverbale Signale, bei denen Selbstberührung eine zentrale Rolle spielt wie zum Beispiel Sich Kratzen, Streicheln, Massieren, Zupfen, Nägelkauen, Haaredrehen oder das Spiel mit dem Kugelschreiber. Endokrinologische und elektroencephalographische Studien weisen auf eine stressreduzierende Wirkung von Selbstberührungen hin. Sie stellen damit ein Coping-Verhalten zur effektiven Selbstregulation dar (Lausberg & Kryger, 2011). Adaptive Berührungen finden am Rande des Bewusstseins statt: Eine Person kann sich zwar retrospektiv an die adaptive Bewegung erinnern, hat sie jedoch im Moment ihres Auftretens nicht in bewusster Absicht ausgeführt. So gelingt es kaum jemand, die Ausübung von Adaptoren für längere Zeit zu unterdrücken. Insofern kann eine

Häufung von Adaptoren so verstanden werden, dass sich die Gefühlslage einer Person ändert: Wenn die Anzahl an Illustratoren ab- und die der Adaptoren zunimmt, lässt sich klar erkennen, dass die Person zunehmend unruhiger und nervöser wird.

Illustratoren sind redegleitende Gesten, die das gesprochene Wort verdeutlichen oder ergänzen. Auch mimische Innervationen wie das Herab- (AU 4) oder Hinaufziehen (AU 1+2) der Augenbrauen sind oftmals Illustratoren für emotionale Involviertheit oder Konzentration und nicht als Zeichen von Ärger oder Überraschung zu missinterpretieren. Gerade weil das gleiche mimische Erscheinungsbild einmal Bestandteil eines Affektausdrucks ist, das andere Mal die Funktion eines Illustrators inne hat, ist es wichtig, den Kontext zu beachten, in welchem es gezeigt wird. Illustratoren nehmen bei emotionaler Involviertheit zu. Ihre Abnahme kann ein Hinweis sein, dass eine Person ihre 'echten' Gefühle nicht mehr spontan und frei zeigt: «If someone weighs each word carefully, considering what is said before it is said, there is not much illustrating. ... Illustrators decrease whenever there is caution about speech» (Ekman, 2009, S. 107).

12.4.2 Mikroexpressionen: Blenden und Maskierungen

Mikroexpressionen (*micro expressions*) sind kurze, unwillkürliche mimische Innervationen, die sich nur für Sekundenbruchteile (40 bis 500msek) zeigen. Sie treten in emotional hoch aufgeladenen Situationen auf und sind typischerweise Signale von Gefühlen, die nicht ausgedrückt werden sollen oder der Person nicht bewusst sind (Ekman & Friesen, 2003). Als typische Mikroexpressionen gelten Blenden und Maskierungen.

Bei der *Blende* (*blend*) werden zwei Basisemotionen gleichzeitig gezeigt (Streeck, 2006, S. 180f.). Dies kann als Ambivalenz (*to blend*: mischen) interpretiert werden (Krause, 2012).

Bei der *Maskierung* wird eine Emotion, die nicht dem eigenen Gefühlserleben entspricht, mit dem Ziel simuliert, den eigentlichen, gefühlten Affekt zu verdecken. Für gewöhnlich wird eine negative Emotion durch ein starkes Anheben der Mundwinkel (AU 12: *zygomaticus major*), das heißt mit einem breiten Lächeln oder Lachen maskiert (Krause, 2012, S. 128 & S. 188). Der maskierende Affekt (z. B. das Lächeln) kommt kurze Zeit *später* als die eigentlich gefühlte Emotion. Es handelt sich bei der Maskierung um die Abwehr unangenehmer Gefühle, die nicht sein dürfen und deswegen innert Sekundenbruchteilen wieder durch ein Lächeln

mimisch übersteuert, sozusagen vom Gesicht gelöscht werden. Solche mimischen Feinheiten sind nur mit einer sehr guten Bildauflösung zu erkennen.

12.4.3 Smile control

Smile controls sind mimische Innervationen, die der Anhebung der Mundwinkel (AU 12: *zygomaticus major*), das heisst dem sich im Entstehen befindenden Lächeln, entgegenwirken und/oder es verdecken (Ekman, 2005, S. 137). Dies geschieht zum Beispiel durch das Zusammenpressen der Lippen (AU 24: *orbicularis oris*), das Herabziehen der Mundwinkel (AU 15: *depressor anguli oris*) oder das Hinaufschieben des Kinns (AU 17: *mentalis*). Oftmals sind *smile controls* ein Zeichen für Verlegenheit, Beschämung oder Amüsiertheit (Keltner & Beer, 2005).

12.4.4 Prototypische Affektive Mikrosequenzen (PAMs)

Prototypische Affektive Mikrosequenzen (PAMs) sind mimische Beziehungsangebote an das Gegenüber, die durch bestimmte verbale und nonverbale Verhaltensweisen gekennzeichnet sind (Tab. 1). Sie dienen dazu, Störungen in der Affektregulierung eines Individuums mit Hilfe des Interaktionspartners auszuregulieren (Bänninger-Huber et al., 2016, S. 23). PAMs sind vor allem im Rahmen psychotherapeutischer Gespräche, aber auch bei Paaren und Mutter-Kind-Dyaden (Bänninger-Huber et al., 2004) mittlerweile eingehend untersucht worden und in ihrer Aussagekraft empirisch gut belegt (Bänninger-Huber, 1996; Bänninger-Huber & Monsberger, 2016).

Das charakteristischste Signal der PAM ist das Lächeln und Lachen – beides ansteckende Phänomene, welche die affektive Beziehung und damit die Bindungssicherheit zwischen zwei Personen erhöhen (Bänninger-Huber, 1992, 1996; Bänninger-Huber & Gruber, 2010; beide zit. nach Bänninger-Huber et al., 2016, S. 23). Manchmal wird das Lächeln/Lachen von einer ironischen Bemerkung begleitet, immer jedoch vom Blick zum Gegenüber hin, um dessen Reaktion auf das Gesagte abzuwarten.

Verhalten (Initiator einer PAM)	Funktion
Indikatoren für eine Störung in der Affektregulierung wie Wortwiederholungen, nicht flüssige Sprache, Abbruch von Sätzen, Pausen, Adaptoren (z. B. Lippen zusammenpressen, Mundberührungen) oder Indikatoren negativer Emotionen (z. B. AUs 9, 10 oder 15)	Die Beziehungsregulierung erfährt eine Perturbation z. B. durch die Reaktivierung eines intrapsychischen Konflikts
Ironische oder witzige Bemerkung/ Mimischer Kommentar	Erhöhung der affektiven Bindung
Blick zum Interaktionspartner	Evaluierung der Wirkung der Aussage, <i>social referencing</i>
Initiierung von Lächeln/Lachen	Beziehungsangebot

Tabelle 1: Operationalisierung einer PAM (Bänninger-Huber et al., 2016, S. 24)

Typischerweise werden PAMs von Patient/innen angestoßen, nur selten von Therapeutenseite. PAMs sind kurzfristige Prozesse, die maximal einige Sekunden andauern und ausserhalb des Bewusstseins ablaufen (ebd., S. 23). Man unterteilt sie, entsprechend der Reaktion des Gegenübers, in vier unterschiedliche Typen (Tab. 2). Je nachdem, ob das Gegenüber zurücklächelt, wird die Bindungssicherheit erhöht und der negative Affekt reguliert oder, im Gegenteil, bei Ausbleiben einer positiven Reaktion die Konfliktspannung beibehalten. Sie beschreiben demzufolge einen Prozess der wechselseitigen Abstimmung, bei dem die affektiven Regulierungen der Gesprächspartner ineinandergreifen. Sie geben aber auch Hinweise zu den selbstregulativen Fähigkeiten der am Gespräch beteiligten Personen.

	gelingend	nicht-gelingend	participation	plus/minus
Phänomenologie	Das Gegenüber reagiert mit einem Lächeln.	Das Gegenüber reagiert nicht mit einem Lächeln.	Das Gegenüber reagiert mit einem schwachen Lächeln	Das Gegenüber reagiert mit einem Lächeln, gleichzeitig sind Indikatoren negativer Affekte beobachtbar.
Funktion in der Affektregulierung	Positiver affektiver Zustand; der negative Affekt wird reguliert.	Der negative affektive Zustand bleibt.	Der negative affektive Zustand wird nicht zur Gänze reguliert.	Der negative affektive Zustand wird nicht zur Gänze reguliert.
Funktion in der Beziehungsregulierung	Sicher	Unsicher	Sicher	Sicher
Funktion im therapeutischen Prozess	Sicherheit wird gewonnen, um schwere Themen in der Therapie zu bearbeiten.	Konfliktive Anspannung bleibt	Konfliktive Anspannung bleibt; gleichzeitig Rückversicherung positiver Beziehung	Konfliktive Anspannung bleibt; positiver Affekt wird gezeigt, obwohl negative Affekte vorhanden sind.

Tabelle 2: Phänomenologie und Funktionen der vier PAM-Typen (Bänninger-Huber et al., 2016, S. 25)

Gelingende PAMs – die Beurteilung erfolgt dabei aus Sicht der initiiierenden Person und nicht im Hinblick auf ihre therapeutische Produktivität – sind dadurch charakterisiert, dass es ihr gelingt, via Lächeln/Lachen mit dem Gegenüber einen resonanten Zustand herzustellen (Bänninger-Huber, 1996, S. 118). Gelingende PAMs spielen eine wichtige Rolle bei der Bildung und Aufrechterhaltung einer stabilen Arbeitsbeziehung (Bänninger-Huber & Widmer, 1999; Bänninger-Huber, 2011, 2014a, 2014b, 2015; zit. nach Bänninger-Huber et al., 2016, S. 26). Sie geben Patient/innen die notwendige Beziehungssicherheit und bereiten dadurch oftmals den Boden für eine fruchtbare Auseinandersetzung mit einem schwierigen Thema.

Nicht-gelingende PAMs zeichnen sich demgegenüber dadurch aus, dass die gemeinsame Resonanz über das Lächeln/Lachen nicht gelingt. In solchen Fällen wird die Selbstregulierungsstörung der initiierenden Person, zumeist des Patienten oder der Patientin, eben nicht gemeinsam mit dem Therapeuten oder der Therapeutin aufgehoben, sondern die Aufhebung derselben wird wieder an die initiierende Person zurückgegeben. Nicht-gelingende PAMs haben damit ihre besondere Wichtigkeit im therapeutischen Prozess. Sie dienen dazu, die für ein produktives therapeutisches Arbeiten notwendige Konfliktspeannung aufrechtzuerhalten.

13 Bestimmung des Datenmaterials

13.1 Fallauswahl

Die zwei Erstgespräche, die in der vorliegenden empirischen Studie untersucht werden, stammen aus dem Datenkorpus der Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse des Psychologischen Instituts der Universität Zürich, die bis Anfang 2013 von Professor Dr. phil. Brigitte Boothe geleitet wurde. Zur Abteilung gehörte auch eine psychoanalytische Praxisstelle, an der in den Jahren 1999 bis 2003 ein Datenkorpus von insgesamt 183 Tonband- und Videoaufzeichnungen psychotherapeutischer Abklärungsgespräche entstand. Sie betreffen 30 Personen, die jeweils zwischen einer und fünf Abklärungssitzungen, allesamt im sitzenden Setting, in Anspruch genommen und die Gesprächsaufzeichnungen dazu für Lehr- und/oder Forschungszwecke freigegeben hatten. Manche dieser Aufzeichnungen stammen überdies von weiterführenden Sitzungen im Rahmen einer Psychotherapie bei dem/der jeweiligen Abklärungstherapeut/in. Das Datenmaterial entstand unabhängig von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit. Die Unabhängigkeit von Forscherin und Forschungsgegenstand ist somit gewährleistet.

Die zur Forschung freigegebenen Videoaufnahmen wurden systematisch gesichtet. Schliesslich wurden zwei Videoaufzeichnungen von Erstgesprächen in einer absichtsvollen und bewussten Fallauswahl so gewählt, dass der Erkenntnisgewinn in Bezug auf die zu untersuchenden Fragestellungen möglichst hoch ist. Das erste Gespräch ('Alexandra') war Teil einer dreistündigen Abklärung im Wochenabstand, die zur erfolgreichen Überweisung an eine Verhaltenstherapeutin führte. Die Wahl dieses Gesprächs hat vor allem auch methodische Gründe. Es ist nämlich bereits in der Studie von Mathys et al. (2013) zum Thema des Anliegens untersucht worden. Da für die vorliegende Arbeit ein etwas anderer Fokus in der theoretischen Konzeption des Anliegens und in der Wahl der Methodik gelegt wurde, bietet sich die Neubearbeitung desselben Datenmaterials zur vergleichenden Analyse an. Das zweite Erstgespräch ('Christoph') war die erste von fünf im Wochenabstand geführten Abklärungssitzungen, die in einer erfolgreich verlaufenden Therapie beim Abklärungstherapeuten mündeten. Die vorgenommene Fallauswahl ermöglicht einen Einblick in zwei sehr unterschiedlich verlaufende, aber in beiden Fällen erfolgreiche Abklärungen. Der unterschiedliche Ausgang – in der ersten Abklärung die gelingende Überweisung, in der zweiten die Aufnahme einer Therapie beim Abklärungstherapeuten selbst – macht den kontrastierenden Vergleich zwischen diesen beiden Gesprächen besonders interessant.

13.2 Entstehungssituation

Die universitätseigene Praxisstelle stand grundsätzlich der gesamten Bevölkerung für therapeutische Abklärungen und Therapien offen. Die Abklärungen richteten sich an Menschen, die unter psychischen Belastungen litten und Information, Beratung und Entscheidungshilfen zur Einordnung ihrer Belastungen, einer diagnostischen Erstabklärung und Behandlungsberatung benötigten. Dem Internetauftritt und den Broschüren der Praxisstelle war die psychoanalytische Ausrichtung des Angebots klar zu entnehmen. Die Beratung zu weiterführenden Therapieangeboten begrenzte sich indes nicht nur auf solche psychoanalytischer Art; auch dies war aus den Informationen für Interessierte ersichtlich.

Das Datenmaterial aus diesen Abklärungen hat insofern eine klar psychotherapeutisch-psychoanalytische Prägung und wurde auch immer unter klinischen oder psychoanalytischen Gesichtspunkten in Lehre und Forschung verwendet. Da die Autorin der vorliegenden Arbeit selbst als psychoanalytisch orientierte Psychotherapeutin tätig ist, ist es sinnvoll, eine erste umfassende Untersuchung zum Anliegen an fachtheoretisch vertrautem Datenmaterial zu unternehmen.

Die Therapeuten, die in den Videoaufzeichnungen zu sehen sind, befanden sich damals am Ende ihrer psychoanalytisch-psychotherapeutischen Weiterbildung oder hatten diese bereits abgeschlossen. Damit war die zeitliche Nähe zu in der Weiterbildung vermittelten Behandlungstheoretischen Ansätzen gegeben. Wir können demnach davon ausgehen, dass sich die Beteiligten an der psychoanalytischen Technik der Gesprächsführung orientierten. Das Wissen darum, dass ihre Gespräche aufgezeichnet und zu Lehr- und/oder Forschungszwecken Studierenden, Fachkolleg/innen und der Institutsleiterin zugänglich sein würden, wird wahrscheinlich dazu geführt haben, dass sich die Abklärungstherapeuten in den aufgezeichneten Sitzungen besonders um eine gelungene Gesprächsführung bemüht haben dürften. Ihre wissenschaftliche Tätigkeit an einem Universitätsinstitut legt ausserdem die Annahme nahe, dass auch ihre therapeutische Arbeit von dem regen wissenschaftlichen Austausch mit zahlreichen Kolleg/innen ihres und verwandter Disziplinen beeinflusst war.

Der Ruf der Universität als eine angesehene Institution mit guter Reputation und mit dem Versprechen auf Wissenschaftlichkeit und Qualität färbte möglicherweise aus Sicht der Ratsuchenden auf die behandelnden Therapeuten positiv ab. Sozusagen unbesehen, im Sinne ei-

nes Vorschussvertrauens, kann der universitäre Hintergrund des Angebots zur Annahme verleitet haben, einem besonders fähigen Therapeuten gegenüberzusitzen.

Die Erstgespräche wurden im institutseigenen, eigens zu diesem Zwecke hergerichteten Therapieraum durchgeführt und aufgezeichnet. Das Institut verfügte hierzu über ein professionelles Equipment digitaler Audio- und Videotechnik, das die Generierung qualitativ hochwertigen Datenmaterials ermöglichte. Um den therapeutischen Prozess möglichst wenig zu stören, wurden zwei statische Kameras von einem abgetrennten Regieraum aus von dafür geschulten Assistent/innen gesteuert. Aufgenommen wurden die Personen zum Teil bei Betreten des Therapieraumes (wobei man dann zunächst nur ihre Stimmen hört), zum Teil, wenn sie sich bereits schräg gegenüber sassen. Für gewöhnlich wurde zunächst in Ganzkörperaufnahme gefilmt und dann im Verlauf der ersten Minuten näher gezoomt. Schliesslich wurden die Aufnahmen im sogenannten Split-Screen-Verfahren zusammengeschnitten und mit einem genauen Zeitcode versehen. Dies ermöglicht die mikroanalytische Analyse der Mimik.

13.3 Die Arbeit mit Videoaufzeichnungen

The story I tell my own students is that one evening, when I went to review the videotape of an earlier counseling session, I was expecting to watch a high-intensity, quickly moving, overly verbal session. I was stunned to see a low-key, slow, and fairly quiet one instead. I was struck by the vast difference between my experience and the recorded tape. It led me to explore the concept of therapist self-talk, because I found that much of the "verbosity" I anticipated seeing on the video had been entirely in my own head! (Nutt Williams, 2008, S. 140)

13.3.1 Vorteile: Dichte und Permanenz

Für die Untersuchung der zu betrachtenden Fragestellungen sind Videoaufzeichnungen als Datengrundlage das Mittel der Wahl. Der Vorteil liegt darin, dass eine unverfälschte Abbildung der zu untersuchenden Situation entsteht, anders als beispielweise bei Nacherzählungen und Erinnerungen. «In a technical sense, they are more reliable since they allow data analysis independent of the person who collected the data» (Knoblauch et al., 2006, S. 10). Natürlich wird auch eine Videoaufnahme nicht die gesamte Realität nachbilden, weil immer nur ein Ausschnitt aufgenommen werden kann. Dreht sich eine Person von der Kamera weg, so lässt sich über den Gesichtsausdruck nur spekulieren. Die Dreidimensionalität geht verloren, Gerüche können nicht aufgezeichnet werden. Dennoch haben audiovisuelle Daten zwei wesent-

liche Vorteile, nämlich die der *Permanenz* und der *Dichte* (Grimshaw, 1982). Andere Datensorten weisen jeweils nur eines dieser Merkmale auf.

Mit *Permanenz* sind zwei Aspekte gemeint: Zum einen werden zeitlich ablaufende Handlungen in ihrer Sequenzialität komplett und akkurat aufgezeichnet, der Ablaufcharakter der gezeigten sozialen Handlungen wird dabei beibehalten; Video hat dabei den Vorteil, dass interaktives Verhalten wie unter dem Mikroskop, Bild um Bild, betrachtet und durch das Vor- und Zurückspulen immer wieder auf Details hin untersucht werden kann. Zum anderen ist der Zugang der Aufzeichnungen dauerhaft, denn Videomaterial kann über sehr lange Zeiträume aufbewahrt werden und bleibt somit der Forschung auf lange Zeit hinweg zugänglich.

Die (Informations-) *Dichte* des Videos ist im Vergleich zu anderen derzeit gebräuchlichen Datensorten einzigartig. Sie kann, bei allen Vorteilen, jedoch auch überwältigend sein. Anders als beim Aufkommen der Tonbandaufnahme tut sich die Forschungsgemeinschaft denn auch eher schwer, das Video als Forschungstool anzuwenden und seine Möglichkeiten auszuloten. Die Datenfülle, die sich mit dem Bild auftut, ist einfach zu gross. Mit der Videoaufnahme werden nicht nur Sprache (Worte), Prosodie, Geräusche, Mimik, Gestik, Körperhaltung und -formationen zugänglich. Auch äusserliche Faktoren wie Kleidung, Accessoires, Aufmachung, Setting usw. werden der systematischen Analyse zugänglich gemacht. Es ist eine Herausforderung, wesentliche, sinnhafte Informationen aus dieser Menge an Informationen herauszufiltern.

13.3.2 Die Kamera in der Therapie: Der unsichtbare Dritte

Durch die Videoaufzeichnungen können kommunikative Handlungen in einem 'natürlichen' Kontext untersucht werden. Mit Natürlichkeit ist gemeint, dass die gefilmte Situation nicht allein oder vor allem zu Forschungszwecken arrangiert wurde. Die untersuchten psychotherapeutischen Erstgespräche hätten in der Form auch ohne Kamera stattgefunden. Natürlich ist eine Situation allein schon durch die Existenz der Kamera beziehungsweise die Anwesenheit von Filmenden nicht mehr gänzlich natürlich. Der intime und vertrauliche Rahmen eines psychotherapeutischen Gesprächs, das ansonsten zu zweit stattfindet und strikt der Schweigepflicht untersteht, verändert sich zu einer Forschungssituation. Die gefilmten Personen haben ihre ausdrückliche Einwilligung zur Aufnahme gegeben und nehmen die Kameras im Raum dementsprechend auch bewusst wahr. Sie zeigen Reaktionen darauf (peinlich berührt, be-

schämt lächelnd, kritisch guckend) und manche nehmen auch verbal Bezug auf den Umstand der Videoaufnahme. Kainz (2016) schreibt dem Videosetting neben den realen auch übertragungsbezogene Einflüsse zu, deren Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess unbedingt berücksichtigt und reflektiert werden müssen. Durch die Präsenz des Videos existiert ein weiteres Element im Therapiesetting, an dem sich der Grundkonflikt einer Person und ihre ihr eigene Übertragung aktualisieren kann. Als solches ist die Kamera kein das intime therapeutische Setting beschädigendes, inkompatibles Element, sondern eines unter anderen, «das als Bestandteil des Settings einen bedeutungsvollen Rahmen bildet und daher Gegenstand der therapeutischen Reflexion sein muss» (Kainz, 2016, S. 46). «Problematisch ist nicht, dass die Kamera den Patienten beeinflusst; problematisch wäre allerdings, wenn dieser Einfluss verleugnet und nicht zur Sprache gebracht ... würde» (Streeck, 2007, S. 263). Es ist gut möglich, dass im Verlauf einer längeren Therapie die Aufzeichnung zu etwas Gegebenem, Selbstverständlichem wird, das nicht mehr gross kümmert. Indes wird auch in Fällen, in denen ganze Analysen aufgezeichnet wurden, beschrieben, dass bei gewissen als heikel oder gar intim empfundenen Themen gebeten wird, das Kassettengerät kurz auszuschalten (so geschehen zum Beispiel bei *Amalie X*; siehe Thomä & Kächele, 2006b).

13.4 Verbatimtranskripte

Die audiovisuell aufgezeichneten Gespräche wurden auch systematisch nach dem Transkriptionssystem nach Mergenthaler (1992) transkribiert. Es hat den Vorteil der leichten Lesbarkeit, gerade im Vergleich zu anderen Transkriptionssystemen wie dem in der Konversationsanalyse für die Detailanalyse einzelner Gesprächssegmente häufig verwendeten *Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem* GAT 2 (Selting et al., 2009).

Alle hörbaren Zeichen wurden transkribiert. Schweizerdeutsche Rede wurde wortweise ins Hochdeutsche übersetzt. Unter Beachtung der ethischen Richtlinien wurden im Gespräch genannte Namen und Orte zusätzlich anonymisiert. Spezielle linguistische Probleme, etwa die Erforschung von Intonationsphänomenen, lassen sich mit dieser Transkription nicht bearbeiten. Aufgrund der zusätzlichen detaillierten mimischen Analyse kann darauf guten Gewissens verzichtet werden.

Empirie II: Analyse der Erstgespräche

Im Auslegen seid frisch und munter!

Legt ihr's nicht aus, so legt was unter!

J. W. Goethe: Zahme Xenien II

14 Das Erstgespräch 'Alexandra'²

Die empirische Analyse des Erstgesprächs 'Alexandra' orientiert sich an den in Kapitel 12 beschriebenen vier empirischen Auswertungsschritten. Teil I gilt der Analyse der Eröffnungssequenz sowie der unmittelbar darauf folgenden acht Redezüge (Kap. 14.1). Teil II dient dem Überblick über die makroskopische Gesprächsstruktur (Kap. 14.2). Teil III ist, der Datenmenge geschuldet, das umfassendste empirische Kapitel (Kap. 14.3). Es umfasst die inhalts- und gesprächsanalytische Untersuchung des gesamten Gesprächs. Teil IV nimmt die nonverbale Kommunikation in den Fokus, wobei der Schwerpunkt auf der Mimikanalyse zu liegen kommt (Kap. 14.4). Zum Schluss erfolgt die triangulierende Zusammenführung der Ergebnisse aus den einzelnen methodischen Auswertungen, in der auch eine Interpretation des Erstgesprächs in Bezug auf die Klärung und Aushandlung des Anliegens Platz findet (Kap. 14.5). Die Fallanalyse endet mit einem kurzen Vergleich mit den in der Pilotstudie von Mathys et al. (2013) erarbeiteten Ergebnissen zum Anliegen Alexandras (Kap. 14.6).

14.1 Empirischer Teil I: Die Eröffnung

In Teil I wird die Eröffnungssequenz nach der inhalts- und gesprächsanalytischen Methode Wilkes (1992) untersucht. Im Fokus steht dabei Alexandras Antwort auf die Eröffnungsfrage des Therapeuten, ihm zu schildern, was sie in die Abklärung führe. Zur Anwendung kommt Wilkes inhaltsanalytisch gewonnenes Kategoriensystem, das im Kapitel 12.1 im Detail beschrieben wurde. Den interaktiven Aspekten wird in der Analyse – ebenfalls im Sinne Wilkes – Rechnung getragen, indem der Kontext des Gesprächs sowie die Platzierung der Redebeiträge und deren sequentielle Implikation berücksichtigt werden. Auf die Einteilung der Eröffnungssequenz in die Kategorien und deren detaillierte Untersuchung folgt die Analyse der

² Name geändert

Kategorienkombination und -ordnung. Alexandras Problem und Anliegen werden dann mit Blick auf das hier zu untersuchende, umfassendere Konzept des Anliegens in einem eigenen Kapitel beschrieben. Die Indikatoren für den weiteren Gesprächsverlauf werden sodann festgehalten. Teil I endet mit der Feinanalyse der unmittelbar folgenden acht Redezüge.

14.1.1 Zuordnung der Wilke'schen Kategorien und erste Auslegungen

Gesprächskontext: Erste Kontaktaufnahme und Initialfrage

Die ersten zwei Gesprächsminuten drehen sich um Alexandras Einverständnis zur Videoaufnahme sowie das Anbringen der Mikrophone. Der Therapeut fragt Alexandra, ob sie mit einer Tonband- oder Videoaufnahme einverstanden sei. Nachdem sie ihm zu verstehen gibt, dass Tonband in Ordnung, ihr die Videoaufnahme hingegen unangenehm sei, führt der Therapeut den Sinn und Zweck dieser Aufnahmen (zur Vorbereitung nachfolgender Sitzungen, in geringer Wahrscheinlichkeit zu Forschungszwecken in anonymisierter Form) kurz aus. Alexandra willigt schliesslich in beides ein und bestätigt dies nochmals auf die Nachfrage des Therapeuten hin, ob sie sich ganz sicher sei. Daraufhin werden die Einverständniserklärung dazu unterschrieben und die Mikrophone für die Aufnahme angebracht.

Eröffnungssequenz

Der Therapeut bringt dann das ‚Anliegen‘ (Z 67) als erster und ganz zu Beginn des Gesprächs ein, und benennt es sogar wörtlich. Die Aufforderung an Alexandra, ihr Anliegen zu formulieren, ist eingebettet in die Information über die zeitliche Planung und den organisatorischen Ablauf des Gesprächs. Damit strukturiert der Therapeut gleich zu Beginn den Verlauf der Sitzung vor und gibt Alexandra dazu die nötige Orientierung (Z 63-71). Diese erste Aufforderung geht dabei jedoch etwas unter, sodass Alexandra eine Rückversicherung einholt und der Therapeut seine Aufforderung nochmals formuliert. Diese zweite Aufforderung unterscheidet sich von der ersten: Während zunächst das Anliegen erfragt wurde, will er nun wissen, was die Klientin ‚hierher bringt‘.

Zeilen	Sprecher ³	Transkripttext	inhaltliche Kategorie
63 - 71	T	ist jetzt so, wir haben, sie haben's wahrscheinlich auch gelesen ähm, wir haben jetzt fünfundzwanzig minuten (hm)⁴ mal zeit für das gespräch , und sollten uns einfach, s- mal hören, was ihr anliegen ist und dann uns vielleicht am ende so zehn minuten zeit lassen, um zu überlegen wie's weiter geht +ob wir (hm+) noch mal, termine ab-machen oder irgendw-. einfach dass wir's ein bisschen im auge behalten.	Orientierung Offene Aufforderung Strukturierung des Gesprächs
72 - 76	A T A T	ja. okay. ja. dann äh soll ich einfach mal +irgendwo anfangen fangen sie mal an+ genau was sie, hierher bringt +vielleicht einfach.	Offene Aufforderung
77 - 104	A	ähm+ äh: ja ist noch schwierig zu sagen. ähm also es sind eigentlich so: ängste einfach. (hm) und äh die treten meistens auf, wenn, irgendwie eine grosse anforderung da ist: +also (ja+) so - ja das klingt jetzt vielleicht ein wenig banal einfach so bei prüfungen und so. (hm) ähm, ich weiss aber nicht ob es nur das ist? also ich finde für das ist es ein wenig stark, dass das einfach irgendwie prüfungsängste sind also. (ja.) ähm, habe ich eigentlich auch schon früher gehabt, als ich klein gewesen bin? (hm) so: schon in der primarschule, (ja.) und bin dann äh ins autogene training und das hat eigentlich genützt. (hm) äh pf: ja und es ist dann; es hat sich dann ein wenig abgeschwächt? und jetzt wird es einfach wieder ziemlich stark. (hm) ähm: was noch dazukommt äh ich bin an der schauspielschule? (ja.) und ähm - ist nicht so eine einfache ausbildung.	Etikett 1 (E1) Symptomorientierte Selbstdarstellung (sySD1) Steigerung (S1) problembezogene Selbstdarstellung (pSD1) pSD1 S1 E2 sySD2
105 - 106	T	ja. - (4 sek) was ist, woran denken sie, wenn sie sagen es ist nicht einfach also was, was meinen sie +mit	

³ T: Therapeut; A: Alexandra

⁴ Hörsignale des Hörers beziehungsweise der Hörerin werden, wenn sie den Redezug der sprechenden Person nicht unterbrechen und für die Detailanalyse nicht von Bedeutung sind, in Klammern und kursiv gesetzt, sodass die Leserin und der Leser den jeweiligen Redezug in seiner Geschlossenheit erfassen kann.

Beschreibung der Kategorien

Etikett 1

Auf die Gesprächsaufforderung durch den Therapeuten wird zunächst das Symptom («ängste») genannt und damit implizit die Annahme offenbart, dass sich die Klientin mit einem klassisch psychischen Krankheitsanzeichen an der richtigen Stelle befindet. Das Symptom erweist sich damit als Hauptbestandteil dessen, worum es in den nachfolgenden Dialogen gehen wird und kann als ein ‚Aufhänger‘ für weitere Themen verstanden werden.

Alexandra eröffnet ihren Redezug mit den Worten «ist noch schwierig zu sagen» und macht damit gleich zu Beginn ihre Schwierigkeit deutlich, die eigene Symptomatik in Worte zu fassen. In der Verwendung der vielen Füllwörter, also von Wörtern, die zum Verständnis des Kontextes nicht notwendig sind («ähm also»; «eigentlich so ... einfach»), deuten sich eine Unbestimmtheit und Unsicherheit an, ihr Problem zu fassen.

Symptomorientierte Selbstdarstellung (sySD) und Steigerung

Alexandra stellt einen temporalen Zusammenhang («wenn») zwischen den Ängsten und grossen Anforderungen wie zum Beispiel Prüfungen (sySD) her: «und äh die treten meistens auf, wenn, irgendwie eine grosse anforderung da ist.» Im Anschluss daran springen die Satzformulierungen ins Auge. «ja das klingt jetzt vielleicht ein wenig banal» wirkt, als müsste Alexandra den Therapeuten auf das, was folgen wird, vorbereiten. Er solle, was sie als nächstes sage und was vielleicht banal klingen mag, eben gerade nicht als banal abtun. In ihrer Rede findet sich demnach die implizite Vorwegnahme, dass das Gegenüber ihre sie stark plagenden Ängste nicht ernst nehmen könnte. Ihre nächste Beschreibung, «einfach so bei prüfungen und so», wirkt wenig krisenhaft, sondern gibt im Gegenteil ihrer Symptomatik eine alltägliche Färbung. Fast schon entschuldigend fügt sie an: «ähm, ich weiss aber nicht ob es nur das ist?» Auch hier wieder drückt sie die Unsicherheit aus, ihr Problem zu verstehen. Dies passt beispielhaft zu einer ersten Schilderung, wo Problem und Anliegen noch nicht verstanden werden können – weswegen der Gang zum Psychotherapeuten unternommen wird. Die Unbestimmtheit der fragmentarisch vorgetragenen Erklärung lädt implizit dazu ein, der Ratsuchenden bei ihrem Bestreben beizustehen, Problem und Anliegen besser zu verstehen und Orientierung zu finden.

Was folgt, ist die erste *Steigerung* (S1), die den Leidensdruck offenbart («also ich finde für das ist es ein wenig stark, dass das einfach irgendwie prüfungsängste sind also.»). Mit dem Vergleich mit ‚einfach irgendwie Prüfungsängsten‘, die sich im Rahmen des Üblichen, Vertrauten und

damit Handhabbaren verorten lassen, streicht sie heraus, dass es sich um stärkere Ängste oder etwas Gravierenderes handeln muss. Gleichzeitig fällt ihr Einwand zögerlich aus («ein wenig stark») und vereint in sich sowohl eine Steigerung, als auch deren Abschwächung, so als dürfte das Dramatische und Krisenhafte, das gerade den starken Ängsten für gewöhnlich innewohnt – man denke nur an die somatische Komponente des Angstsyndroms mit Aufregung, Aufgewühltheit, Herzrasen, Schwitzen, Hyperventilation usw. – hier nicht Ausdruck finden.

Problembezogene Selbstdarstellung und Steigerung

Mit der Verortung der Ängste in der Kindheit (pSD1) wird die Persistenz der Symptomatik manifest und gibt Hinweise darauf, dass wahrscheinlich nicht der aktuelle Zustand (*state*) der Angst das alleinige Problem darstellt, sondern Ängstlichkeit möglicherweise ein stabiles, zeitüberdauerndes Persönlichkeitsmerkmal (*trait*) ist. Die Erwähnung des Autogenen Trainings als Bewältigungsstrategie (pSD1) gibt Einblick in Alexandras Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten. Dies lässt Schlüsse zum Problemverständnis zu: Anspannung und Nervosität führen zu Angst bzw. mittels Autosuggestion kann ich mich selbst entspannen und beruhigen. Es wird jedoch auch deutlich, dass die Symptomatik mittlerweile so stark ist (S1), dass sie mit den ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen nun an Grenzen stösst.

Etikett 2 und sySD2

Ihre Ausführungen beendet Alexandra mit einem zweiten *Etikett* («schauspielschule») und ergänzt es durch die Qualifizierung als Missempfindung (sySD2: «nicht so eine einfache ausbildung»). Eine Erläuterung, was an der Ausbildung denn so schwierig sei, gibt sie nicht. Man kann davon ausgehen, dass die eingangs erwähnten ‚Prüfungen‘ mit ziemlicher Sicherheit in besagter Ausbildung vorkommen, dass beide Themen, die Ängste und die schwierige Ausbildung, zusammenhängen. So wirkt die Phrase ‚was noch dazukommt‘ vorerst nicht ganz passend gewählt, da sie sich wie die (unverbundene) Aufsummierung voneinander unabhängiger Themen liest. Vielleicht aber möchte Alexandra damit folgendes implizit verdeutlichen: 'Ich bin von meiner Persönlichkeit her ein zu Ängsten neigender Mensch und hatte damit bereits seit der Primarschule, also seit Kindheit, zu kämpfen. Was nun dazukommt ist eine ungleich schwierigere Herausforderung in Form dieser Schauspielschulausbildung, und die Kombination aus psychischen (zu Ängsten neigende Persönlichkeit) und äusseren Faktoren (schwierige Anforderung) funktioniert nicht'.

14.1.2 Analyse der Kategorienkombination und -anordnung

Alexandras Redebeitrag enthält im Grunde eine Dreierkombination aus *Etikett*, *symptomorientierter* bzw. *problembezogener Selbstdarstellung* und *Steigerung* (Anordnung: E1, sySD1, S1, pSD1, pSD1, S1, E2, sySD2). Alle wesentlichen Kategorien sind darin enthalten, die zu einer verständlichen Ausführung des Problems gehören. Das *Etikett* steht laut Wilke (1992) regelhaft an erster Stelle. Demnach entspricht Alexandras Redebeitrag einem logischen Ablauf: Zunächst wird der Fokus (Ängste) angekündigt, um den es hauptsächlich gehen wird, danach folgen Zusatzinformationen (grosse Anforderungen, Prüfungen). Mit diesen bettet sie die Ängste in einem grösseren situativen Rahmen ein, um dann ihren Leidensdruck («ein wenig stark, dass das einfach irgendwie prüfungsängste sind») herauszustreichen. Ängste begleiten die junge Frau bereits seit der Primarschulzeit. Zurzeit befindet sie sich überdies in einer Ausbildung (Schauspielschule), die sie als schwierig empfindet. Sie nimmt kurz Bezug auf eine frühere bewährte Ressource (Autogenes Training), die zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht mehr ausreichend wirke.

Bis hier ist ihr Redebeitrag in einer verständlichen, nachvollziehbaren Reihenfolge aufgebaut. Auffällig ist dann jedoch das Fehlen einer wichtigen inhaltlichen Kategorie, des *Kommentars*. Indem sie darauf verzichtet, eine Gesamtbewertung des Problems unter dem Aspekt der psychotherapeutischen Behandlung vorzunehmen, bleibt ihr explizites Anliegen zunächst unklar. Der Therapeut erhält keine umfassende Antwort auf seine initiale Aufforderung. Stattdessen eröffnet sie mit einem zweiten *Etikett* ein neues Themenfeld. An Alexandras Eröffnung fallen somit zwei Abweichungen von der *Normalform* auf: Erstens verzichtet sie auf einen *Kommentar*, der ihr Erscheinen in einer psychotherapeutischen Abklärung erklären würde, und zweitens beendet sie ihren Redebeitrag stattdessen mit der Einführung eines zweiten *Etiketts*.

Alexandras schafft es nicht, eine explizite Forderung oder einen Wunsch an den Psychotherapeuten oder im Hinblick auf eine Psychotherapie (*Kommentar*) zu formulieren. Ihre Hilflosigkeit und ihre Angewiesenheit auf äussere Unterstützung macht sie stattdessen implizit durch die unbestimmten und zögerlich vorgetragenen Bemerkungen kenntlich. Der Wunsch nach Hilfe (im weitesten Sinne Versorgung) könnte konflikthaft belegt beziehungsweise abgewehrt sein und kann zu Beginn des Gesprächs nur implizit ‚erraten‘ oder ‚erspürt‘ werden.

Die zweite Besonderheit bezieht sich auf die Einführung des zweiten *Etiketts*. Indem sie dieses vorlegt, impliziert Alexandra, dass sie ihre Ausführungen zum erstgenannten Problem, den Ängsten, vorerst für abgeschlossen hält. Ein erstes Themenfeld nur oberflächlich zu streifen, um sogleich zum nächsten überzugehen, lässt wenig selbstreflexive Aktivität in psychische Zusammenhänge erkennen. Mit der Erwähnung des Autogenen Trainings zeigt Alexandra zwar ein gewisses Verständnis für ihre Problematik, das vornehmlich über mentales Training beeinflussbar scheint (Anspannung/Nervosität führt zu Angst; mittels Autosuggestion kann ich mich selbst entspannen und beruhigen). Ausführungen, die mehr Einsicht in die Zusammenhänge der eigenen Problematik (innere und äussere Ursachen und Wirkfaktoren usw.) verraten würden, bleiben unerwähnt.

Mit der Einführung des zweiten *Etiketts* baut sie auch ein interaktionelles Hindernis ein: Das Gegenüber wird sich durch das zwar eingebrachte, aber nicht näher beschriebene zweite Thema genötigt fühlen, hier nachzuhaken, denn ein komplettes Ignorieren des Gesprächsangebots wäre irritierend. Es lässt sich schlussfolgern, dass Alexandra mit diesem Vorgehen nicht nur selbst auf das vertiefte Ergründen des ersten Themas verzichtet, sondern ebenfalls den Therapeuten davon abhält, dies im direkten Gesprächsverlauf zu tun. Hier scheint sich ein Widerstand gegen die ('ergründende', 'aufdeckende') therapeutische Arbeit anzudeuten.

14.1.3 Indikatoren für den weiteren Gesprächsverlauf

Geht man nach Wilkes These der *Normalformerwartung*, so müssen Abwandlungen der Normalform einer gelungenen, vollständigen initialen Eröffnung zu Reparaturen im Gesprächsverlauf führen. Es besteht dann die Aufgabe, zum Beispiel Zugzwänge einzulösen oder konditionelle Relevanzen ‚abzuarbeiten‘. Die Entwicklungsmöglichkeiten, die sich hier abzeichnen, sind als Indikatoren und nicht prognostisch zu verstehen. Wie sehr der Gesprächsverlauf diesen Indikatoren folgen wird, hängt wesentlich davon ab, wie sehr sich der Therapeut vom Beziehungsangebot und der Abwehr Alexandras leiten lässt und wie stark er sich selbst einbringt.

14.1.3.1 Das explizite Anliegen muss aktiv erfragt werden

Wie bereits beschrieben, fehlt eine direkte Bezugnahme auf Alexandras Erscheinen im Erstgespräch im engeren Sinne. Gemäss Wilke können sich die *problembezogene Selbstdarstellung* und der *Kommentar* gleichsam Gesprächsaufgaben abnehmen, indem die erste Kategorie bereits die Leistung der zweiten erbringt. Dies ist dann der Fall, wenn in der *problembezogenen Selbstdarstellung* über die ‚Einsicht in psychologische Zusammenhänge‘ gesprochen und dabei dasselbe ausgedrückt wird, wie wenn im *Kommentar* der ‚Wunsch nach Auseinandersetzung mit einer Psychotherapie‘ fällt. Damit erklärt sich, warum oftmals nur die eine oder die andere Kategorie im Redebeitrag auffindbar ist. In Alexandras Ausführung ist dies jedoch nicht der Fall.

Eine weitere Möglichkeit, das Thema der psychotherapeutischen Behandlung indirekt anzusprechen, kann gemäss Wilke (1992) durch die Erwähnung des Scheiterns anderer, hier früherer, Behandlungsverfahren wahrgenommen werden. Durch ihr Erscheinen im Gespräch und die Bezugnahme auf die frühere, nun aber unwirksame Bewältigungsstrategie (das Autogene Training) kann der Therapeut davon ausgehen, dass sie sich von der Therapie in irgendeiner Art Hilfe verspricht, möglicherweise ebenfalls in Form einer konkreten Anleitung oder Technik – oder eben gerade nicht. Die Klärung des Anliegens muss in jedem Falle aktiv vom Therapeuten vorangetrieben werden. Dabei ist jedoch nicht zu erwarten, dass Alexandra von sich aus dem Thema viel Platz einräumen wird. Es wird vielmehr implizit erwartet, dass der Therapeut dabei die Führung übernehmen wird.

14.1.3.2 Die ausgedehnte Problemklärung

Alexandra deutet bereits in der Eröffnung eine erweiterte Problematik an: Die Angst reicht bis in die Kindheit zurück und übersteigt das Ausmass der reinen Prüfungsangst. Dieser Umstand wird zu Suchbewegungen des Therapeuten führen, die weiter greifen als nur bis zum eng umrissenen Bereich der Schauspielausbildung. Es ist davon auszugehen, dass auch Kindheit und Schulzeit einer näheren Betrachtung unterzogen werden und die Problemklärung insgesamt viel Zeit in Anspruch nehmen wird, sofern der Therapeut sich von der hier angelegten Gesprächsdynamik mitziehen lässt.

14.1.3.3 Widerstand gegen die vertiefte Auseinandersetzung mit einzelnen Problemaspekten

In Alexandras Eröffnung fällt das Einbringen eines zweiten *Etiketts* ohne angemessene Ausführung auf. Sogleich wird ein zweites Thema eingebracht, aber nicht erklärt. Die Tendenz, Themen ‚unfertig‘ stehen zu lassen und sich stattdessen sogleich dem nächsten zu widmen, zeichnet sich also in ihrem ersten Redebeitrag ab. An den Therapeuten geht damit gezwungenermassen die Aufgabe über, den Zugzwang einzulösen und bezüglich des zweiten Etiketts näher nachzufragen. Damit wird er, wie im vorhergehenden Kapitel beschrieben, davon abgehalten, zum ersten Thema weiterführende Fragen zu stellen. Das Gespräch wird sich somit zumindest in den nachfolgenden Redezügen weiterhin auf einem Niveau der flüchtigen Problemschilderung bewegen. Für den weiteren Gesprächsverlauf ist unter diesen Voraussetzungen ein Aufsummieren («was noch dazu kommt») zahlreicher Problemfelder und die Schilderung vielfältiger Problemsituationen zu erwarten. Es besteht das Risiko, dass dieses Erstgespräch in der Masse an Beispielen und Beschreibungen versinken und es den beiden Gesprächspartnern misslingen wird, eingehender auf ein Thema zu fokussieren. Hier zeichnet sich ein Widerstand gegen die vertiefte Auseinandersetzung mit einzelnen Problemaspekten und damit auch der eigenen Person ab. Ein eingehenderes Nachdenken über sich selbst, Einsicht und Beobachtungsfähigkeit finden in der Eröffnung keinen verbalen Ausdruck. Dies erlaubt die Voraussage, dass sich das Erstgespräch mehr um das Sammeln von Informationen als um eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben und unbewussten Motiven drehen wird.

14.1.3.4 Die haltende, stützende Funktion des Therapeuten ist gefragt

Mit der Erwähnung eines klassischen Symptoms aus dem affektiven Störungsbereich (Ängste) wird bereits die Rollenzuweisung in 'Therapeut' und 'Patientin' implizit vorgenommen. Durch Alexandras Selbstpräsentation als unsicher und orientierungslos (sie fasst dies zwar nicht explizit in Worte, aber gestaltet ihre Rede dementsprechend) kommt dem Therapeuten die Rolle zu, Orientierung und Sicherheit zu bieten. Er wird in diesem Erstgespräch mehr in seiner haltenden, stützenden Funktion, denn in seiner kreditierenden gefordert sein.

Ihr Verzicht, ein explizites Anliegen an den Therapeuten und die Psychotherapie zu formulieren, jedoch durch Verweis auf das Autogene Training vage den Wunsch nach einer Behandlung anzudeuten, hält überdies weitere Implikationen bereit. Wie eine 'gute Mutter', welche

die Zeichen der Unlust (Hunger? Durst? Übermüdung? usw.) an ihrem Säugling korrekt zu deuten weiss und danach handelt, sollte der Therapeut im Stande sein, der Klientin die Wünsche (das Anliegen) sozusagen 'von den Augen abzulesen', ohne dass sie diese explizit auszuformulieren bräuchte, und ihr die notwendigen Hilfestellungen ungefragt anzubieten.

14.1.4 Feinanalyse des anschliessenden Gesprächsverlaufs

Beim Lesen des Transkripts fällt auf, dass Alexandras Antwort auf die Eingangsfrage des Therapeuten mit ihrem ersten Redezug noch nicht beendet ist. Die Wilkesche Eröffnungssequenz greift zu kurz, um zu verstehen, welche zahlreichen Problemfelder Alexandra in die Abklärung bringt. Erst nach weiteren vier Redezügen finden ihre Eingangsschilderungen ein Ende. Dies ist daran gut erkennbar, dass sie diese in Zeile 205 mit einem «ja das ist mal so» abschliesst. Es ist daher angebracht, auch diese Redezüge einer Feinanalyse (Z 104-205) zu unterziehen.

- T/ ja. - was ist, woran denken sie, wenn sie sagen es ist nicht einfach also was, was meinen sie +mit
- A/ ähm+ - man braucht so einen gewissen: exhibitionismus. (hm hm) der: pf., der mir manchmal fehlt, glaub. (ja.) also so, ich glaube es braucht eine gewisse itel- also eitelkeit +einfach so. (hm+) und es ist irgendwie so eine hassliebe. (ja ja.) ähm, also manchmal würde ich am liebsten einfach alles hinschmeissen und das nicht mehr machen. (hm) und dann äh - ja, gibt es halt einfach momente, die extrem die extrem schön sind, +auf (hm+) der Bühne zu stehen, also es +ist (hm+) immer so, extremes wechselbad. wo ähm einfach ziemlich anstrengend ist. (ja. -) und es; ja, eben vielleicht, ich weiss nicht ist es wegen der ausbildung? also die ausbildung die mich so hin und her wirft oder ist es, wäre es irgendwie in einem anderen bereich genau das gleiche. (hm) keine ahnung. (hm) und ähm - ja es treten dann einfach so ängste auf irgendwie. von äh plötzlich nicht mehr auf die bühne wollen oder, (hm) äh angst davor, wie verdiene ich mein meinen unterhalt später weil einfach ähm, weil es halt einfach sehr wenig äh möglichkeiten +gibt (hm+) nachher. (hm) ist man genug gut? (hm) schauen einem die leute gern zu oder ist man peinlich auf der bühne? (hm -) und so der wunsch immer ähm - anerkennung zu bekommen.
- T/ ja. - den spürn sie sehr stark +/
- A/ ja+
- T/ diesen wunsch ja.
- A/ und wenn man ja den //(?:nicht bekommt) irgendwie, das gefühl man ist das hinterletzte und man ist einfach schlecht und +peinlich. (hm+ hm - ja. -) und s- es ist sehr schöne gefühl anerkennung bekommt dass wenn +jemand (hm+) sagt 'hey, das ist super gewesen' +und so.

(hm+) und dass es dann zum teil auch, wirklich wie eine sucht wird. also +habe (hm+) ich so das gefühl. (hm) dass man irgendwie lob bekommt. und dann wenn man es einfach nicht bekommt dann ist es äh, verfällt man einfach in v- völlige selbstzweifel. (ja) und ähm, ja wenn man manchmal so das gefühl irgendwie, dass es mich zu fest! ja wie, zu wenig gibt und mir, zu viel nimmt. (hm -) und jetzt im oktober⁵ habe ich das diplom?

T/ ja. das ist die letzte prüfung +dann.

A/ genau.+ (hm) und das ist eben so einfach so pf.; mir fehlt irgendwie die energie oder ähm, die inspiration oder die lust jetzt sich irgendwie, an diese rolle anzunähern und, ja es ist einfach so eigentlich nur angst davor.

T/ vor dieser +abschlussprüfung

A/ hm hm+

T/ im +wesentlichen.

A/ ja+ - +und (hm+) das ha- also ich hab's auch bei produktionen manchmal einfach wahnsinnig angst /(? :noch) auf die bühne zu gehen und. ja es ist einfach so auf und ab und es ist auch jeden tag einfach das, das kleinste ding kann mich einfach um!werfen und dann +bin ich (hm+) irgendwie einfach, mag irgendwie grad nicht mehr und. ja es ist immer einfach so pf.: kein tag, der einfach mal so ein wenig, +gleichmässig (ja+) läuft. (ja. -) und einfach so: lustlos halt und, oft einfach sehr matt. (hm) und irgendwie nicht mehr fähig wirklich zu geniessen. (hm – ja.) ja das ist mal so,

14.1.4.1 Der Therapeut löst den Zugzwang ein

Man erinnere sich, dass Alexandra in ihrer Eröffnung ein zweites *Etikett* (die schwierige Schauspielausbildung) einführt, jedoch auf eine Erläuterung dazu verzichtet. Mit Absenken der Stimme und dem Blick zum Therapeuten hin signalisiert sie, dass sie ihr Rederecht nun abgibt. So gerät der Therapeuten (*konditionelle Relevanz*) unter Druck, den Zugzwang einzulösen und eine Frage zum zweiten *Etikett* zu stellen. Er reagiert zunächst mit einem einfachen Hörersignal («ja»). Es entsteht eine Schweigephase von vier Sekunden. Hier zeigt sich ein erster, zaghafter Versuch, in psychoanalytischer Manier freundlich lächelnd zu schweigen und der Dinge zu harren, die kommen. Doch Alexandra macht keine Anstalten, das Rederecht wieder aufzunehmen. So hält sich der Therapeut schliesslich doch an die Konventionen des Alltagsgespräch und stellt die unvermeidbare, das zweite *Etikett* präzisierende Frage: was an ihrer Ausbildung ‚nicht einfach‘ sei. Um Alexandras implizite Rollenzuweisung zu überwinden, wäre demnach ein grösseres Mass an Beharrlichkeit notwendig.

⁵ Das Erstgespräch findet Anfang Juli statt, also etwa drei Monate vor besagter Abschlussprüfung.

14.1.4.2 Affektregulierung: Emotionale Distanznahme durch eine unpersönliche Sprache

Das unpersönliche, generalisierende Personalpronomen ‚man‘ kommt häufig vor. Impersonalsätze mit der Verwendung des Subjekts ‚es‘ (z. B. «es ist einfach so eigentlich nur angst davor») sind ebenfalls zahlreich. Diese Ausdrucksweise wirkt distanzierend, sodass bei der Hörerin trotz der dramatischen Wortwahl kein Gefühl von Betroffenheit aufkommt. Beispielhaft ist Alexandras Phrase «so der wunsch immer ähm - anerkennung zu bekommen», die gänzlich ohne Bezugnahme auf eine (beziehungsweise *ihre*) Person auskommt und als abstrakte Feststellung im Raum zu schweben scheint. Die unmittelbar folgende Intervention des Therapeuten («den spürn sie sehr stark diesen wunsch ja») ist eine suggestive Betonung des Anerkennungswunsches. Mit der Übernahme des lexikalischen Begriffs («wunsch») zeigt er sich als aufmerksamer und achtsamer Zuhörer und nimmt überdies eine erste thematische Fokussierung (Wunsch nach Anerkennung) vor. Weiters setzt er das Gesagte in einen neuen Bedeutungszusammenhang, was als Versuch gewertet werden kann, die emotionale Distanznahme Alexandras durch die Hinführung an das ‚Spüren‘ etwas zu verringern und sie zu ermutigen, expliziter über ihre Gefühle zu sprechen. Dies findet auch bedingt Wiederhall; Alexandra bejaht die Frage, schildert im Folgenden ihre Minderwertigkeitsgefühle und erwähnt ihre Selbstzweifel. Trotzdem behält sie ihre Sprechweise («man», «es ist») bei.

14.1.4.3 Auflisten anstatt Erzählen

Wie indikatorisch vorausgesehen, findet Alexandra nicht zu echter erzählerischer Aktivität, sondern belässt es bei der Auflistung zahlreicher Aspekte, die ihr Leiden umgeben (Ausbildung, Ambivalenz, Ängste, Wunsch nach Anerkennung, Abschlussprüfung). Dies geschieht, indem sie neue Aspekte des Problems – also immer neue *Etiketten* – passenderweise mit ‚und‘ einführt, diese dann kurz beschreibend streift, um daraufhin das nächste Thema anzuhängen. Ein vertieftes Nachsinnen über das eine oder andere angeschnittene Thema bleibt wie erwartet aus. Nur einmal unternimmt sie den Versuch, der Ursache ihrer Situation auf die Spur zu kommen («ich weiss nicht ist es wegen der ausbildung? also die ausbildung die mich so hin und her wirft oder ist es, wäre es irgendwie in einem anderen bereich genau das gleiche»). Das Nachdenken (im Gegensatz zum Aufzählen) findet jedoch sogleich wieder ein Ende («keine ahnung»).

14.1.4.4 Dramatik und Dichotomie in der Wortwahl

Des weiteren zeigt Alexandra in ihrer Wortwahl einen Hang zum Extremen («hassliebe», «extrem schön», «alles hinschmeissen», «extremes wechselbad», «der wunsch ... immer anerkennung zu bekommen», «man ist das hinterletzte», «einfach schlecht und peinlich», «eine sucht», «völlige selbstzweifel», «eigentlich nur angst», «wahnsinnig angst», «das kleinste ding kann mich einfach umwerfen»). Ebenfalls fallen die zahlreichen sprachlichen Gegensätze auf: a) «hassliebe» (Oxy-moron), b) «am liebsten alles hinschmeissen» vs. «momente, die extrem ... schön sind, auf der bühne zu stehen», c) «wechselbad», d) die Ausbildung, die sie so «hin und her wirft», e) «ist man genug gut? schauen einem die Leute gern zu» vs. «ist man peinlich auf der bühne», f) zur Anerkennung: «das gefühl man ist das hinterletzte und man ist einfach schlecht und peinlich» vs. «hey, das ist super gewesen», g) «sucht nach lob» vs. «völlige selbstzweifel», wenn das Lob ausbleibt, h) «zu wenig gibt und zu viel nimmt». Die Dramatik gibt Hinweise auf die heftigen inneren Gefühlszustände, denen Alexandra ausgesetzt ist. In den dichotomen Wendungen wiederum wird die Ambivalenz sichtbar, die Alexandra so plagt.

14.1.4.5 Der unbewusste Konflikt zeichnet sich ab

Vor allem aber zeichnet sich in diesen ersten Redezügen bereits ein unbewusster Konflikt ab: Alexandra schildert ihren Wunsch nach Anerkennung und Lob. Sie möchte auf der Bühne (im Zentrum des Geschehens) glänzen. Sie benennt ebenfalls ihre Ängste, auf eben diese Bühne zu gehen und als 'peinlich' wahrgenommen zu werden. Hier klingen die Beschämungsangst und damit eine Entblössungsproblematik an. Auffällig ist schliesslich auch ihre Herabwertung der Schauspielerei. Dafür brauche es zwei negative Eigenschaften (Exhibitionismus und Eitelkeit), über welche sie nicht in genügendem Masse verfüge. Mit ‚Exhibitionismus‘ wird hier sicher nicht auf die sexuelle Präferenz, sondern abwertend auf die lustvolle Zurschaustellung des Körpers abgezielt. Bei der Verwendung des Begriffs der Eitelkeit wiederum ist wohl weniger die übertriebene Sorge um die eigene (körperliche, geistige oder charakterliche) Schönheit und Vollkommenheit gemeint, sondern vielmehr der Narzissmus, also im weitesten Sinne die Selbstverliebtheit und Ichbezogenheit einer Person. Diese Herabwertung des Berufsstandes dient der Abwehr eigener Insuffizienzgefühle: Nicht ihre eigenen schauspielerischen Leistungen sind (vielleicht) ungenügend, sondern die beruflich geforderten Kompetenzen, die schamlose Entblössung und Eitelkeit, sind im Grunde abzulehnen, und ihre Nichterfüllung folglich ein Zeichen tugendhafter Haltung.

14.1.4.6 Vier Etiketten, aber kein Anliegen

Alexandra legt insgesamt vier Problemfelder dar, die sie kurz beschreibend streift:

1. Ängste vor grossen Anforderungen (Prüfung-, Bühnenangst und Zukunftsängste)
2. Ambivalenz der Ausbildung und dem Beruf gegenüber
3. Wunsch, immer Anerkennung zu erhalten, damit zusammenhängend Selbstzweifel in Bezug auf ihr schauspielerisches Talent
4. die anstehende Abschlussprüfung (Angst, fehlende Lust und Energie)

Sie behält in ihren Schilderungen das eingeführte Kategorienschema (*Etikett, symptomorientierte oder problembezogene Selbstdarstellung, Steigerung/Krisensignal*) konsistent bei und verzichtet erneut auf einen Kommentar, der Hinweis auf ein Anliegen an die Psychotherapie geben könnte. Die in der Eröffnung festgehaltenen Abweichungen vom Kategorienschema scheinen also tatsächlich einem typischen Muster zu entsprechen.

14.2 Empirischer Teil II: Überblick über die makroskopische Gesprächsstruktur

Eine erste, gute Übersicht über die Grobstruktur dieses Erstgesprächs erfolgt anhand der statistischen und diagrammatischen Aufbereitung des Sprecherverhältnisses (Tab. 3 & Abb. 5) sowie über die Einteilung des Gesprächsverlaufs in Themen- und Handlungssegmente (Abb. 6). Anhand der statistischen Aufbereitung des Sprecherverhältnisses wird erkennbar, dass Alexandra doppelt so viel spricht wie der Therapeut. Solche arithmetischen Verhältnisse sind für psychotherapeutische Gespräche nicht unüblich. Bei der Auswertung des Datenmaterials fiel die Schwierigkeit auf, das von sprachlichen Hörersignalen⁶ bereinigte Sprecherverhältnis zu eruieren. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass der Therapeut eine grosse Anzahl geschlossener Fragen stellte (zum Beispiel Z 787: «wohnen sie denn noch zu hause?» oder Z 805f.: «würden sie sagen, dass sie da zufrieden sind? ... in der beziehung»). Die Antworten (,hm' und ,ja') waren folglich oftmals keine Hörersignale, sondern Antworten auf gestellte Fragen. Dieser ersten Auswertungen machen den Interviewcharakter des Gesprächs bereits sichtbar.

⁶ Mit sprachlichen Hörersignalen sind diejenigen sprachlichen Signale wie zum Beispiel 'hm' oder 'ja' gemeint, welche ein Zuhörer während eines Gesprächs (oft unbewusst) aussendet, um Aufmerksamkeit und aktives Zuhören zu signalisieren, und mit welchen er seinem Gegenüber eine Rückmeldung gibt.

Gesprächsdauer (t)	47'13"
Transkriptzeilen, total	1204
Zeilenaktivität des Therapeuten (T)	529
Zeilenaktivität der Klientin (P)	675
Transkriptzeilen, bereinigt von Hörersignalen	880
Zeilenaktivität des Therapeuten (T)	291
Zeilenaktivität der Klientin (P)	589
bereinigtes Sprechverhältnis T : P	1 : 2

Tabelle 3: Objektive Gesprächs- und Transkriptdaten

In Abbildung 5 wird sichtbar, dass Alexandra im Erstgespräch die Möglichkeit zu erzählen erhält und nutzt, dass aber ebenfalls genügend Raum für den Therapeuten bleibt, um seine Fragen zu stellen und Kommentare zu formulieren. Die Gegenüberstellung der Abbildungen 5 und 6 lässt wiederum erkennen, dass der Therapeut in seiner Sprechaktivität eher zu Beginn und zum Ende der Sitzung hin das Gespräch dominiert, wo die Aushandlung organisatorischer Belange ansteht. Ansonsten erhält Alexandra den Raum zum Erzählen. Die Einteilung in Themen- und Handlungssegmente lässt in aller Deutlichkeit sichtbar werden, wie viel Raum der Problemklärung gegeben wird (über 30 Minuten) und wie wenig Platz demgegenüber die Thematisierung des Anliegens (insgesamt eineinhalb Minuten) einnimmt. Letztere funktioniert beide Male nach folgendem Schema: Der Therapeut stellt eine Frage zum Anliegen, Alexandra gibt darauf eine kurze Antwort, der Therapeut reagiert mit einem Hörersignal und wechselt sodann das Thema. Ebenfalls zeigt sich, dass auch ausführlich Anamnestisches besprochen wird. Diese drei aus der Analyse der Eröffnung gewonnenen Indikatoren einer ausufernden Problemklärung, einer kurzen Anliegensthematisierung sowie der Anamneseerhebung haben sich somit bereits bestätigt.

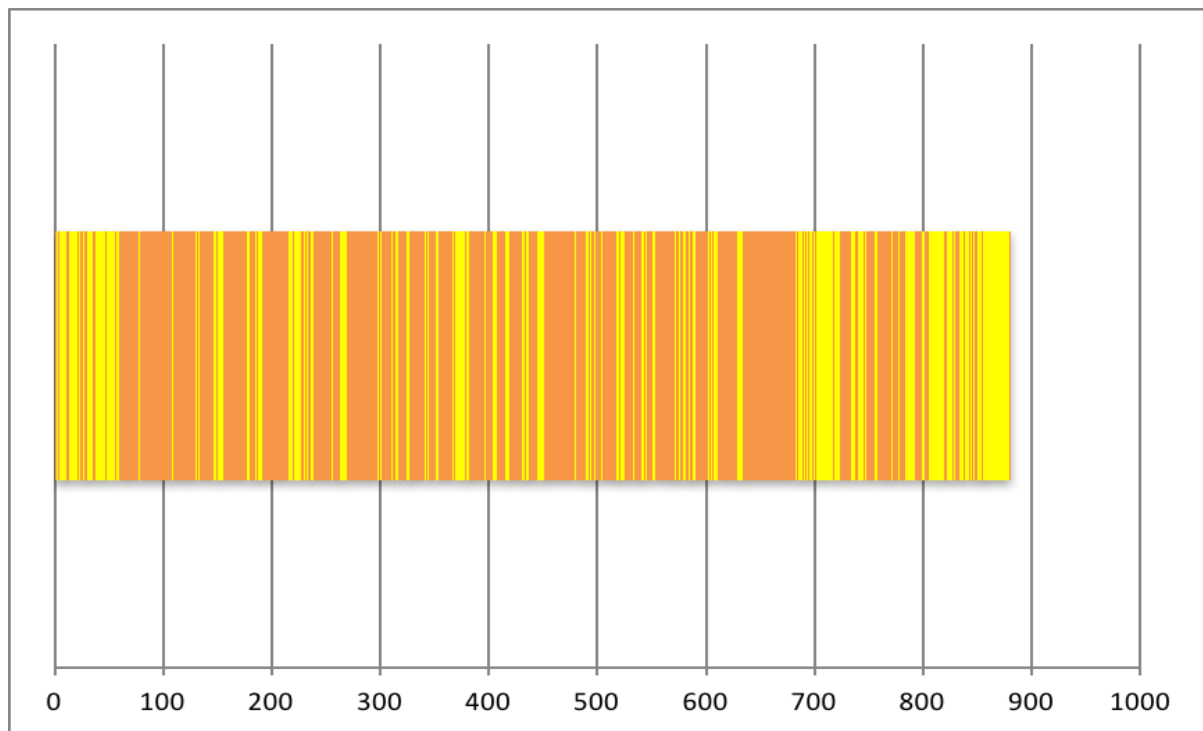


Abbildung 5: Bereinigtes Sprechverhältnis (in Anzahl Zeilen) im Erstgespräch 'Alexandra' (Therapeut: gelb; Alexandra: orange)

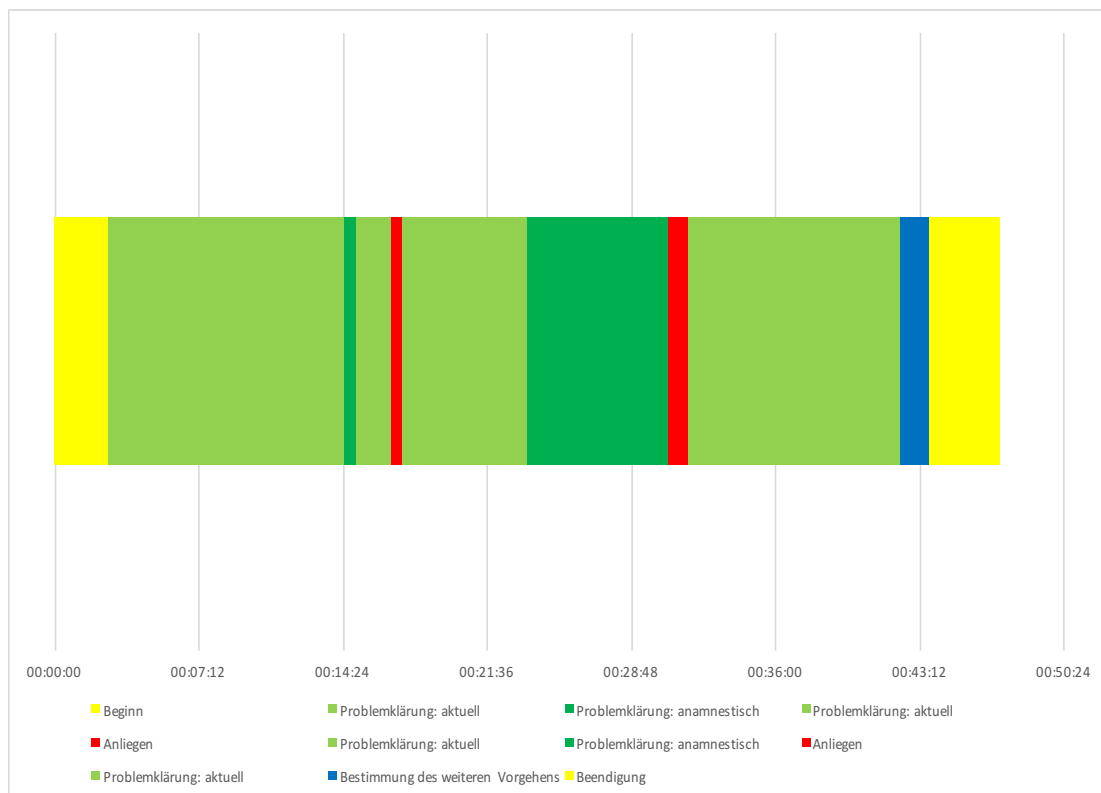


Abbildung 6: Themen- und Handlungssegmente (in min.) im Erstgespräch ,Alexandra'

14.3 Empirischer Teil III: Das Gespräch

Dieser Teil ist der Verlaufsanalyse des gesamten Gesprächs gewidmet. Eine Verlaufsanalyse zeichnet sich dadurch aus, dass nebst dem Inhalt auch die temporale Struktur des Gesprächs beachtet wird. Bei der Ergebnisdarstellung wird die Sequenzialität absichtlich gewahrt, und der Leserin bzw. dem Leser ergeht es wie den Gesprächsteilnehmern, denen sich der Gesprächsverlauf sukzessive entfaltet. Für das Anliegen wesentliche Gesprächsaspekte werden einer Feinanalyse unterzogen, der restliche Gesprächsverlauf paraphrasiert.

14.3.1 Die erste Runde der Problemlklärung: Auslegeordnung

14.3.1.1 Paraphrasierung

Die erste Viertelstunde nach der Eröffnung ist der Problemlklärung gewidmet. In lokaler Kohärenz an die Lustlosigkeit und Erschöpfung, von der Alexandra zuvor (Kap. 14.1.4) berichtet hatte, anknüpfend, fragt der Therapeut zunächst in typischer klinisch-psychologischer Manier nach Dauer (seit Weihnachten) und Auslöser (zu viele Theaterproduktionen, Überforderung) der Symptomatik. Mit der Bemerkung, sie könne nicht «einfach so am laufband kreativ sein» (Z 229), wechselt Alexandra von sich aus das Thema: Der Vergleich mit ‚gewissen Leuten‘ (Z 234), welche die grosse Arbeitsbelastung scheinbar mühelos meistern und ihre Tätigkeit als Berufung erfahren würden, die Ausschliesslichkeit, die anscheinend gefordert wird, lasse sie an ihrer Eignung zur Schauspielerin zweifeln. Hier wird zum ersten Mal auf die Rivalität zwischen den Kommiliton/innen angespielt. Sie brauche mehr Pausen und nebenher noch anderes. Auf die präzisierende Frage des Therapeuten hin, ob sie dabei an etwas Bestimmtes denke, erwähnt sie ihren Freundeskreis ausserhalb des Theaters und spricht in diesem Zusammenhang von zwei ‚Welten‘ (Z 254), die sich nicht vereinen liessen. Die darauf aufbauende Frage des Therapeuten (Z 259ff.: «fühlen sie sich dann selber da zerrissen zwischen den beiden welten») bezweckt – wie bereits beim Wunsch nach Anerkennung (Z 147; Kapitel 14.1.4.2) – wieder die Hinführung zum Persönlichen, zum emotionalen Gehalt. Auch diesmal verfehlt die subtile Intervention nicht ihre Wirkung; Alexandra führt sodann ihre Ambivalenz noch weiter aus. Sie schildert den Wunsch nach einem konventionellem Beruf, der vermeintlich existenzielle Sicherheit verspreche und bei dem man nicht ständig um sich selbst kreise (Z. 292ff.: «wie stehe ich jetzt, wie habe ich mich jetzt bewegt, wie ist meine stimme ... wie ist meine präsenz»), und den gleichzeitigen Wunsch nach dem Schauspielerei. Beides liesse sich nicht vereinen. Damit scheint das Thema für sie abgeschlossen. Es entsteht eine freie

Gesprächspause, nach der sich der Therapeut die Bühnenangst zunächst paraphrasierend rückversichern lässt, um dann nach den objektiven Rückmeldungen zu ihren schauspielerischen Leistungen zu fragen. Alexandras Einschätzung fällt verhalten positiv aus: Sie spricht sich zwar nicht den «starposten» (Z 331) zu, erhalte aber gute Rückmeldungen. Gegen die ständigen Selbstzweifel würde dies jedoch nicht helfen. Sich selbst immerfort zu versichern, dass sie es gut mache, empfinde sie als extrem energieraubend. Mit der Frage, ob Alexandra an ihrer Berufswahl zweifle, was sie bejaht, leitet der Therapeut zur anamnestischen Frage über, wie Alexandra zum Theater oder zur Schauspielerei gekommen sei (Z 369f.). Sie erzählt daraufhin, dass sie ab der zweiten Klasse, also mit acht oder neun Jahren, mit Unterbrüchen an der Jugendmusikschule Theater gespielt habe und diese Betätigung ihre liebste gewesen sei. Alexandra macht dann die Verknüpfung zur aktuellen Problematik: Man wisse ja, dass die Ausbildung und der spätere Beruf hart seien, nur habe sie sich dies vorher nicht überlegt gehabt. Kaum sei sie an der Schauspielschule angekommen, sei ihr ob des Konkurrenzdrucks – der hier zum ersten Mal Erwähnung findet – und der vielen Arbeit die Freude am Theater abhandengekommen. Aus der Freizeitbeschäftigung (Z 412: «theäterle») sei Arbeit geworden. Der Therapeut nimmt das Thema der Konkurrenz auf und fragt in einer geschlossenen Frage, ob Alexandra diese als unangenehm oder ausgeprägt empfinde. In ihrer Antwort nimmt sie eine Differenzierung vor. Anders als in anderen Jahrgängen werde die Konkurrenzsituation nicht offen ausgetragen; sie seien ein harmonischer Jahrgang. Konkurrenz sei jedoch vorhanden und eigentlich mache man sich diese ja selbst.

14.3.1.2 Die 'innere Agenda' des Therapeuten

Zwei Gesprächssequenzen mit therapeutischen Interventionen geben Aufschluss über die 'innere Agenda' des Therapeuten hinsichtlich der Problemlösung.

Die Selektion zweier Problemaspekte (Z 300-322)

- T/ hm - hm - - würden sie; wie; was würden sie sagen, ähm. sie sagen sie haben angst? teilweise auf die bühne zu gehen und vor dem sich sozusagen da, zur schau! zu stellen! praktisch und, bewerten! zu lassen auch +von
- A/ hm+
- T/ den, von den anderen. ähm, ist es es so, dass sie ähm, den; und sagen sie sie wünschen sich so die anerkennung. haben sie das gefühl sie kriegen eher anerkennung? für ihre arbeit oder für für ihre darstellung, (hm) oder ernten sie viel kritik? jetzt in der schule oder so? wie:

- also jetzt, mal unabhängig vom dem gefühl +sozusagen (*hm+*) wie wie würden sie die äusseren reaktionen einschätzen.
- A/ eigentlich gut +soweit [spricht hier Hochdeutsch] (*ja. +*) also, +ja.
- T/ hm+ hm also es ist nicht jetzt so / dass sie real! damit rechnen müssten auch, bei der prüfung irgendwie nicht zu bestehen.
- P/ nee +ei- ei pf:
- T/ jetzt als+, als frage?
- P/ nein eigentlich, nicht.
- T/ eigentlich; ja.

An dieser ersten hochinteraktiven Phase des Gesprächs fällt vor allem der thematische Wechsel auf, den der Therapeut vornimmt. Er geht nicht auf das eben Gesagte ein, sondern fasst zusammen, was Alexandra in den Minuten zuvor mitteilte. Die Themenwahl ergibt sich somit nicht aus dem Gesprächsverlauf heraus. Die Entscheidung, genau diese folgenden Problem-
aspekte aus der Menge des Gesagten zu wählen, gibt demnach Aufschluss darüber, welche (der zahlreichen) Problemfelder der Therapeut als vordringlich ansieht.

Es handelt sich bei der obigen Therapeutenintervention um eine *Formulierung* (Antaki, 2008). Gemeint ist damit eine in Sprache gefasste, zusammenfassende Beobachtung im Sinne von 'Sie-sagen-also-dass-X'. Drei Elemente charakterisieren diese therapeutische Intervention: «It deleted some part of a previous speaker's turn, selected a certain other part to reproduce, and transformed the selected material into a (supposed) summary of what the previous speaker had said, or brought out a seemingly natural implication» (ebd., S. 31). So geht der Therapeut – wie sollte er auch – nicht auf alles ein, was Alexandra bislang an Problemfeldern angeführt (*deletion*) sondern greift die Ängste und den Anerkennungswunsch heraus (*selection*). Seine erste paraphrasierende Frage (*summary*) ist ein Rückverweis auf die Ängste (Z 78: das Narrativ in der Eröffnung) und Prüfungsängste (Z 88) sowie die Ängste, nicht mehr auf die Bühne zu wollen (Z 133f.). Mit ihr versichert er sich, Alexandra korrekt verstanden zu haben. *Formulierungen* zielen neben der inhaltlichen Selektion und Richtungsweisung auch darauf ab, Verstehen und damit empathische Einfühlung zu signalisieren (Voutilainen & Peräkylä, 2016). Die zweite Frage wiederum verweist auf den Wunsch, immer Anerkennung zu bekommen (Z 147). Die Intervention bricht also nicht völlig mit dem Vorangegangenen. Hier kristallisieren sich folglich die beiden problematischen Aspekte heraus, die der Therapeut als prioritär erachtet, nämlich die psychopathologische Symptomatik (Ängste) und der den Ängsten wahrscheinlich zugrunde liegende Wunsch nach Anerkennung. Allerdings unterläuft ihm

dabei eine minime Ungenauigkeit: Alexandra sagte zu Gesprächsbeginn nicht, dass sie sich Anerkennung wünsche, sondern dass sie sich *immer* Anerkennung wünsche und dies bereits suchthafte Züge angenommen habe. Die Frage nach der realistischen Einschätzung ihres schauspielerischen Talents ist somit falsch gestellt beziehungsweise trägt nicht wesentlich zum Problemverständnis bei. Es geht nicht darum, ob sie eher Anerkennung erhalte und schon gar nicht um die Frage, ob sie Prüfungen bestehen würde oder nicht. Vielmehr möchte sie diejenige Studentin sein, die den «starposten» (Z 331) einnimmt.

Aufseiten Alexandras fällt auf, wenngleich dieses Thema hier nicht im Vordergrund steht, dass sie bei der Beantwortung der Frage nach den äusseren Reaktionen – das einzige Mal im Gespräch – von Schweizerdeutsch auf Hochdeutsch überwechselt. Was dies zu bedeuten hat, darüber kann nur gemutmasst werden. Die Hochsprache wird in der Schweiz nur in bestimmten, 'offiziellen' Situationen verwendet. Sie ist geschriebene Sprache ('Schriftsprache') und Unterrichtssprache. Sie wird von manchen als distanzierend wahrgenommen. Man spricht dann nicht so, wie man es sich gewohnt ist. Da Alexandra auch bei ihrem hochdeutschen Gegenüber (der Therapeut hat deutsche Wurzeln) ansonsten grundsätzlich ihrem Dialekt verhaftet bleibt, könnte dieser Wechsel der unbewussten Distanznahme zum Inhalt dienen. Es ist gut möglich, dass diese Irritation dem Therapeuten aufgefallen ist, da er daraufhin, als ob er der ersten Antwort nicht ganz trauen würde, noch zweimal nachfragt (1. «also es ist nicht jetzt so / dass sie real! damit rechnen müssten auch, bei der prüfung irgendwie nicht zu bestehen»; 2. «jetzt als, als frage?»).

Das Thema der Konkurrenz

Auch eine zweite Intervention zeigt an, wie der Therapeut das Gespräch in eine bestimmte Richtung zu lenken gedenkt (Z 428-433):

- A/ und ähm, also ich meine konkurrenz macht man sich ja eigentlich selber. also.
T/ indem sie vergleichen +oder?
A/ ja.+ genau.
T/ ja. und sich messen +und
A/ genau+

Diese Intervention nennt man eine *Erweiterung* (*extension*; Vehviläinen et al., 2008, S. 190). Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie syntaktisch das vom anderen Gesagte fortsetzt und

elliptisch ist (Sacks, 1992, S. 57ff.), das heisst, dass sie Satzteile auslässt – hier den Hauptsatz –, so dass sie nur im Zusammenhang zum vorhergehenden (fremden) Redezug verstanden werden kann. Mit dem Begriff 'indem' wird Alexandras Aussage unmittelbar weitergeführt, und die Worte des Therapeuten bilden damit sozusagen die generische Verlängerung ihres Satzes. Dies hat einen bestimmten psychologischen Effekt: «By using the extension format – without referring to the patient as speaker, but instead continuing the patient's talk, talking as if from within the patient's experience – the analyst is able to imply that both of these experiences are true at the same time» (Vehviläinen, 2003, S. 583). Die Bestätigung der Klientin bleibt dann auch nicht aus («genau»). Mit dieser Art der Intervention drückt der Therapeut sein Verstehen und seine Empathie aus (ebd.), denn nur wer achtsam und einführend zuhört, kann Sätze auch weiterführen.

Die Intervention geht in ihrer Einflussnahme jedoch viel weiter: Sie bereitet oftmals den Boden für weiterführende Interventionen, indem sie eine bestimmte Richtung vorgibt. Sie wird für gewöhnlich dann eingesetzt, wenn Zusammenhänge, Parallelen oder auch vergleichende Gegenüberstellungen eingeführt werden sollen, die bei späteren Deutungen relevant werden könnten. «In doing so, the analyst imports a therapy-laden interpretation into the account» (Antaki, 2008, S. 30). In dieser Gesprächssequenz setzt der Therapeut mit seiner erweiternden Intervention den Fokus auf das Thema des Rivalisierens. Er verleiht Alexandras Kommentar, wonach man sich die Konkurrenz im Grunde selbst mache (Z 428f.), Nachdruck, indem er ihre aktive Beteiligung an ihrer Misere nochmals herausstreicht (Z. 430ff.: «indem sie vergleichen ... und sich messen»).

14.3.2 Die Anliegenklärung

14.3.2.1 Das Anliegen an die therapeutische Beziehung und das Problem des ‚Tiefs‘

Mit einem thematischen Bruch leitet der Therapeut dann zum Thema des Anliegens über (Z 434-450):

- T/ hm hm. ja. - - hm - was würden sie sagen wieso sind sie grade jetzt! hierhergekommen also was sozusagen
- A/ ähm es ist einfach; also vor einer woche habe ich einfach ein extremes tief gehabt, (ja) wo ich einfach gefunden habe, jetzt mag ich irgendwie nicht mehr. (ja.) mich ja - also ich habe einfach gefunden, jetzt brauche ich irgendwie, hilfe. (hm) weil sonst müssen immer meine mit-

menschen helfen und (*hm*) das kann ich denen auch nicht antun.

T/ hm und tief heisst dann so, +lustlos niedergeschlagen oder ängstlich oder was heisst +tief für sie?

Zunächst soll Alexandras sprachlicher Ausdruck einer genauen Betrachtung unterzogen werden. Drei Elemente an Alexandras Anliegenformulierung lassen dabei aufhorchen. Erstens ist die Wahl des Begriffs der ‚Mitmenschen‘ auffällig, der für gewöhnlich im christlich-religiösen oder spirituellen Kontext Verwendung findet und den Menschen in seiner sozialen Bezogenheit auf eine Gemeinschaft hin definiert. In Verbindung mit dem Verb ‚antun‘ erhält der Ausspruch eine dezidiert moralische Wertung. So ist im Wortlaut implizit mit enthalten, dass die Klientin in ihrer Abhängigkeit von der Hilfe anderer diesen Schaden oder Leid zufügen könnte und sich deswegen nicht weiter auf ihre nahen Bezugspersonen zu stützen wagt. Ihr Wunsch nach Fürsorge und Unterstützung erhält somit eine schuldhafte Komponente, die im Gespräch aber nicht aufgeklärt wird und darum unverstanden bleibt. Zweitens wird – nochmals mit Verweis auf das Verb ‚antun‘ – die Dramatik des Leidenszustandes, also die ‚extreme Krise‘, ein weiteres Mal betont. Drittens enthält ihre Begründung für ihr Erscheinen eine irritierende thematische Verdrehung: Nicht mehr der Wunsch, dass sich jemand um sie kümmern solle, steht nun im Zentrum, sondern im Gegenteil, indem sie die Hilfe eines Psychotherapeuten aufsucht, demonstriert sie, wie sehr sie sich um ihre Umgebung kümmert. Das Anliegen an die Therapie enthält dadurch eine aufopferungsvolle Note: Professionelle Hilfe muss her, nicht nur, um Alexandra in ihren Krisen beizustehen, sondern auch, um die Mitmenschen vor Alexandras Krisen zu schützen. Das lässt auf eine konflikthafte Abwehr der Versorgungswünsche schliessen, dem Thema, das sich schon in der Eröffnung durch Alexandras Verzicht abzeichnete, ein Anliegen an den Therapeuten zu richten.

Im Hinblick auf die therapeutische Einflussnahme ist die Verschiebung der Themenwahl interessant: Alexandra erwähnt als temporalen Grund ihres Erscheinens ein extremes Tief, ohne jedoch weiter darauf einzugehen. Stattdessen betont sie einen anderen Anliegensaspekt, nämlich dass sie ihre Umgebung nicht weiter belasten könne. Der (kausale) Grund für ihr Kommen verschiebt sich also von der Symptomatik (Tief) hin zur Intention, ihre nahen Beziehungen schützen zu wollen. Alexandra bietet geradezu an, hier über Beziehungsthemen sprechen zu wollen. So könnte neben der Belastung, die sie für ihre Umgebung zu sein meint, ebenfalls ihr Angewiesensein auf ein stützendes Umfeld und in diesem Zusammenhang die therapeutische Beziehung besprochen werden. Der Therapeut verzichtet jedoch darauf, hier weiter

nachzuhaken. So bleibt die Beziehungsebene unerwähnt. Stattdessen möchte er sich das ‚Tief‘ genauer schildern lassen. Damit führt er das Gespräch weg von der Anliegenklärung und läutet eine weitere (extensive) Runde der Problemeruierung ein.

14.3.3 Die zweite Runde der Problemklärung: Suchbewegungen in die Breite

14.3.3.1 Paraphrasierung

Alexandra erzählt auf Aufforderung hin, was 'extremes Tief' bedeutet: Es handelt sich um ein- bis zweitägige Nervenzusammenbrüche, die mit einem kleinen Vorfall, einem Gefühl der Beklemmung beginnen und sich schliesslich bis zum eigentlichen krisenhaften Einbruch mit Weinen und Angst (vor dem Leben) steigern. Sie enden damit, dass sich Alexandra «nachher eben einfach gedämpft und matt und, so wie krank» (Z 483f.) fühle. Auf Nachfrage des Therapeuten führt sie aus, wie sich ihre Angstsymptomatik konkret ausgestaltet. Zunächst noch konkrete Ängste (das Diplom nicht zu schaffen, oder in den Proberaum zu gehen und an einem Monolog zu arbeiten) würden sich zu allgemeinen Zweifeln und Zukunftsängsten steigern. Diese Ausführungen scheinen dem Therapeuten als Erklärung für das ‚Tief‘ zu genügen, da er sich als nächstes dem Thema der Ambivalenz zuwendet. Er lässt sich Alexandras Entscheidungsschwierigkeiten in Bezug auf die Studien- bzw. Berufswahl noch einmal bestätigen. Sie merkt dazu an, dass Zweifel seit Beginn der Ausbildung bestanden hätten und sie «nie wirklich so - definitiv drin gewesen» (Z 543f.) sei. Auf die zweimalige Nachfrage des Therapeuten, welche beruflichen Alternativen sie sonst noch sehen würde, weiss sie jedoch keine Antwort. Daraufhin wechselt der Therapeut scheinbar abrupt das Thema: Er fragt nach der Schlafqualität, die nicht wesentlich beeinträchtigt zu sein scheint. Es folgt die Anamneseerhebung zu Schulängsten, Familie und Beziehung. Ausführlich schildert Alexandra dabei ihre früheren Ängste vor Mathematikprüfungen und Vorträgen, und wie ihre Mutter ihr bei der Bewältigung der Vorbereitungen jeweils zur Seite stand. In Bezug auf ihre familiäre Situation erfahren wir, dass Alexandra mit beiden Elternteilen und ihrer sechseinhalb Jahre älteren Schwester aufgewachsen ist. Der Vater, gelernter Handwerker, führt ein Sanitärgeschäft, in welchem die Mutter für das Administrative zuständig ist. Dann erzählt Alexandra von ihrer älteren Schwester, die nach einem Umweg über die Kunsthochschule ebenfalls den Beruf der Schauspielerin ergriffen hat. Es fällt auf, dass der Therapeut darauf nicht weiter eingeht, sondern stattdessen nach dem Verhältnis zu den Eltern fragt. Dieses sei zur Mutter «sehr eng» (Z 755), «sie ist so immer so der fels! in der brandung! gewesen» (Z 757). Das Verhältnis zum Vater

wiederum sei distanziert, da er aufgrund seiner beruflichen Umstände zu Hause kaum präsent gewesen sei. Der Therapeut belässt es bei dieser kurzen Ausführung und fährt weiter mit Fragen zu ihrer aktuellen sozialen Situation. Alexandra wohnt mit einer Freundin in einer Wohngemeinschaft und ist seit drei Jahren mit einem Musiker liiert. Auf die Frage nach der Zufriedenheit mit ihrer Beziehung erwidert sie: «eigentlich schon. also einfach weil wir äh beide einen bühnenberuf machen und, er das äh, sehr interessiert ist was ich mache. und durch das äh wir m- sehr viel darüber reden können und, er mir eigentlich auch v- sehr viel hilft so er ist sehr positiver mensch. das äh nützt mir eigentlich sehr viel also. ohne ihn hätte ich wahrscheinlich schon längst die schule geschmissen» (Z 809ff.). Auch hier wieder fällt auf, dass wie schon bei der Mutter das Thema der Unterstützung im Zentrum steht.

14.3.3.2 Das therapeutische Vorgehen: Fragen im Interviewstil

Während in der ersten Runde der Problemlösung vor allem die von Alexandra eingeführten Problemaspekte einer näheren Betrachtung unterzogen wurden, ist der Therapeut in diesem zweiten Vorstoss darauf bedacht, sich einen breiten Überblick über Alexandras Ängste und ihre jetzige soziale Situation zu verschaffen. Infolge dessen werden zahlreiche Themenfelder 'abgefragt'. Dies bringt naturgemäß eine gewisse Oberflächlichkeit in die Problembearbeitung. Eigentlich wird eine *Problembearbeitung* im wörtlichen Sinne verunmöglicht, wenn der Schwerpunkt auf der Informationsbeschaffung zu liegen kommt. Die therapeutischen Interventionen bestehen aus dem Erfragen neuer Informationen, Verständnis(rück)fragen und paraphrasierenden *Formulierungen*, die Verstehen und empathisches Mitvollziehen spiegeln (Voutilainen & Peräkylä, 2016). Typisch für dieses Gesprächssegment sind die durch den Therapeuten initiierten abrupten Themenwechsel. Ebenfalls setzt der Therapeut vornehmlich auf geschlossene Fragen, was zwangsläufig zu relativ kurzen Antworten führt. Dies verleiht dem Gespräch den Charakter eines Interviews. Die Oberflächlichkeit der Themenbearbeitung ist in diesem Segment somit nicht der Klientin geschuldet, sondern vom Therapeuten initiiert. Im Folgenden sind die abrupten therapeutischen Themenwechsel aufgeführt, um den Gesprächscharakter für den/die Leser/in nachvollziehbar zu machen:

Z 564-575

- A/ aber äh: das ist ja: eigentlich habe ich immer an eine schauspielerschule gewollt also das +wäre (hm+) dann halt einfach wenn ich's nicht, wenn ich irgendwie nach fünfzehn prüfungen nirgends hinein gekommen wäre dann - hätte ich halt dann ein studium +gemacht (hm+) aber? - ob das dann das richtige gewesen wäre +ist (hm+) die andere frage.
- T/ hm - ja? wie ist denn so ähm, haben sie auch mühe beim schlafen? jetzt so?

Die Frage nach der Schlafqualität bricht mit der lokalen Kohärenz und dem unmittelbar zuvor Erzählten. Sie steht etwas 'quer in der Landschaft'. Es könnte ein weiterer Versuch sein, Alexandras 'extremes Tief' besser zu verstehen, auch wenn auf eine vollständig somatische Ebene abgezielt wird.

Z 607-618

- A/ also ich kann nicht mehr irgendwie bis um zehn schlafen ich wache eigentlich schon immer um acht auf. (ja.) aber es ist nicht so dass ich irgendwie um drei einschlafe und um fünf aufwache.
- T/ hm - - jetzt sie haben vorhin gesagt sie erinnern sich, ähm, von, in der primarschule oder als kind schon, ähnliche ängste +etwas, (hm+) zu kennen. (hm) ähm, wie war das damals?

Der hier vorgenommene abrupte Themenwechsel ist insofern inhaltlich verständlich, als dass der Therapeut feststellen muss, dass die Frage des Schlafes für das Problem irrelevant ist.

Z 689-707

- A/ aber+ dort ist das problem gewesen dass mir dann meistens meine mutter geholfen hat weil ich irgendwie so am ende gewesen +bin. (aha+ ja.) dass sie mir dann geholfen hat so dass eigentlich nie ein ergebnis, (hm) pur von mir gewesen ist. (ja.) also dass ich jetzt habe sagen können ja ich habe es ja selber gemacht und ist gut gewesen. (ja +hm) also+ weil ich einfach so: angst gehabt habe, dass: - +so (hm+) respekt! vor dem ding dass dass dann meine mutter gefunden hat komm ich helfe dir und dann zu mir +hingesessen (hm+) und dann halt geholfen hat und
- T/ ja. ja. - wie sind sie dann aufgewachsen? bei ihren eltern?

Die Frage, wie Alexandra aufgewachsen sei, steht zwar nicht vollkommen unverbunden zur vorangehenden Erzählung (Z 660-710), die ja bereits von der Mutter handelte, ist aber keine lexikalisch-kohäsive Anknüpfung an das Vorangegangene.

Z 745-754

A/ also wir haben beide also ich wollte immer wieder schauspielerin werden früher und sie⁷ wollte, äh malerin werden. (hm) und sie hat dann mal die kunst⁸ gemacht hat dann aber abgebrochen und ist an die *theater1-schule. und +hat (hm+) sich dann auch für schauspiel, entschieden. -

T/ mh wie würden sie ähm jetzt so im rückblick. die beziehung zu ihren eltern beschreiben.

Auf die Frage hin, was ihre Eltern beruflich machen, führt Alexandra, nachdem sie diese beantwortet hat, von sich aus an, dass ihre ältere Schwester ebenfalls Schauspielerin sei. Darauf geht der Therapeut kurz fragend ein, um dann auf die Eltern zurückzukommen. So ist der abrupte Themenwechsel ein Rückverweis auf die Eltern (Z 713).

Z 778-787

A/ also es ist nicht so dass ich jetzt mit ihm!⁹ an den küchentisch sitzen würde und, bis: nachts um zehn rede. +das mache (ja+) ich mit meiner mutter.

T/ ja. jetzt aber auch noch.

A/ ja.

T/ ja hm

A/ ja.

T/ wohnen sie denn noch zu hause?

Diese Sequenz zeigt, dass der Therapeut entweder klärende Rückfragen stellt («jetzt aber auch noch»), oder aber seine Sozialanamnese weiterführt.

Z 792-797

A/ ich+ wohne mit einer freundin +zusammen. (ja.+ hm) mit einer guten freundin seit, also ich habe ein, ein jahr alleine gewohnt und jetzt seit zwei jahren mit ihr zusammen.

T/ ja hm und sonst im privaten haben sie eine beziehung +im moment?

Dass sich der Therapeut ein Thema nur kurz schildern lässt und dann sogleich zum nächsten überwechselt, diese weitgreifenden, aber oberflächlichen Suchbewegungen zeigen an, dass er sich offensichtlich einen Überblick über Alexandras frühere und aktuelle soziale Situation verschaffen, nicht aber einem bestimmten Problemaspekt vertieft nachgehen will.

⁷ die Schwester

⁸ Kunsthochschule

⁹ dem Vater

14.3.3.3 Beziehungsschilderungen: Die 'haltende' Funktion der Bezugspersonen

Folgende Sequenz mit der Schilderung früherer Schulängste sowie der ambivalenten Haltung gegenüber der mütterlichen Unterstützung ist einer näheren Betrachtung würdig:

Z 657-706: Das ambivalente Verhältnis zu Hilfe

- A/ oder bei vorträgen habe ich auch immer ziemlich schiss gehabt.
- T/ ja - also +prüfungen von
- A/ also die vorträge nur schon+ nur schon schreiben. (*hm*) nur schon sich damit befassen und jetzt irgendwie zwanzig bücher zu lesen und dann, einen vortrag zu machen. nicht einmal schlussendlich vor die leute zu stehen ist noch einigermass-, gegangen weil ich ja dann, das ergebnis gehabt habe und ich habe das einfach vortragen können was ich +gemacht (*ja.+*) habe aber - einen vortrag machen ist für mich auch immer das schlimmste gewesen.
- T/ also diese unsicherheit das noch nicht fertig +zu haben (*hm+*) nicht zu wissen wie es +wird, (*genau.+*) ob s- ob sie's auch dann bis zu diesem termin, (*hf, +ja.*) wirklich+, in guter fassung +hinkriegen (*ja+*) und das dann standhalten +wird sozusagen.
- A/ ja. ja.+ ja. (*hm hm*) also immer schon irgendwie nach einem, nach einer seite die man geschrieben hat finden oh nein das ist schrecklich. ich muss wieder von vorne anfangen also. (*ja.*) sich die ganze zeit so auch selber zensurieren
- T/ ja, aber auch da haben sie denn nie die erfahrung gemacht, dass der vortrag wirklich schlecht war. oder dass +sie wirklich f-
- A/ nein, aber+ dort ist das problem gewesen dass mir dann meistens meine mutter geholfen hat weil ich irgendwie so am ende gewesen +bin. (*aha+ ja.*) dass sie mir dann geholfen hat so dass eigentlich nie ein ergebnis, (*hm*) pur von mir gewesen ist. (*ja.*) also dass ich jetzt habe sagen können ja ich habe es ja selber gemacht und ist gut gewesen. (*ja +hm*) also+ weil ich einfach so: angst gehabt habe, dass: - +so (*hm+*) respekt! vor dem ding dass dass dann meine mutter gefunden hat komm ich helfe dir und dann zu mir +hingesessen (*hm+*) und dann halt geholfen hat und

Zunächst streicht Alexandra die Krisenhaftigkeit ihrer Angstzustände hervor («einen vortrag machen ist für mich auch immer das schlimmste gewesen»), die den gegenwärtigen Nervenzusammenbrüchen wahrscheinlich ähneln. Es ist womöglich solch dramatischer Szenen der jungen Alexandra geschuldet («weil ich irgendwie so am ende gewesen bin»), dass die Mutter sich verpflichtet fühlte, dieser bei den schulischen Verpflichtungen beizustehen. Damit bewahrte sie ihre Tochter kurzfristig davor, schulisches Scheitern zu erleben. So war ihre Hilfe zwar kurzfristig wirkungsvoll (und erwünscht), entfaltete jedoch auf lange Sicht einen paradoxen, kontraproduktiven Effekt. Erstens kultivierte sie damit die Angst vor dem Unbekann-

ten, dem Scheitern; zweitens entwickelte Alexandra kein Gefühl von Selbstkompetenz und Selbstwirksamkeit.

In Alexandras obiger Ausführung sticht der Begriff des 'Zensurierens' ins Auge. Er ist im beschriebenen Kontext (Vortragsvorbereitung) nicht richtig einordbar. In seiner deutschen Form ('zensieren') bedeutet der Begriff «benoten, beurteilen, bewerten» oder aber «begutachten, durchsehen, einer Kontrolle ..., einer Prüfung unterwerfen/unterziehen, ... kontrollieren, ... überprüfen, überwachen, ... in Augenschein nehmen» (Duden online, 2017c). Druck, Kontrolle, ein ängstigendes und machtvoll Moment sind diesem Wort inhärent. Zieht man die Parallelen zur Gegenwart und phantasiert Alexandra im Proberaum der Theaterschule an ihren Monologen arbeitend, so stellt sich ein Bild der Verkrampftheit und Angestrengtheit ein. Es fällt nicht schwer, sich in die kräftezehrende, erschöpfende, der jungen Studentin alles abringende Leistungssituation hineinzusetzen, wo wenig Raum für Spielerisches und Freies ist. Erschwerend kommt hinzu, dass es im jetzigen Studium nun nicht mehr die eine «Seite, die man geschrieben hat» (Z 682f.) ist, die der (angstvoll antizipierten gestrengen) Bewertung ausgesetzt ist, sondern Alexandras ganze Person betroffen ist (Z 290f.: «wie stehe ich jetzt, wie habe ich mich jetzt bewegt, wie ist meine Stimme. ähm pf: wie ist meine Präsenz.»). 'Zensur' ist ein Begriff, der für gewöhnlich im Kontext autoritärer Regimes fällt. Aus Schilderungen Betroffener erfährt man, dass der Zustand ständiger Kontrolle und Unfreiheit kaum auszuhalten ist. In Alexandras Fall ist diese Zensur jedoch keine äussere, sondern eine innere, sozusagen selbst auferlegte, die sich, sobald eine (vermeintliche) Leistung verlangt wird, selbst aktiviert.

14.3.4 Thematisierung des inhaltlichen Anliegens

Mit einem weiteren thematischen Bruch wendet sich der Therapeut ein letztes Mal dem Anliegen zu (Z. 835-847):

- T/ ja. - - hm - was würden sie sich denn jetzt hier! erhoffen oder wünschen sozusagen. das Ziel aus ihrer Sicht so ein Ziel, +der (hm+ -) Gespräche für sich
- A/ also vielleicht - das lernen oder irgendwie Hilfe zu bekommen wie ich umgehen kann mit Ängsten. also wenn wenn wieder so eine Welle kommt +wie ich irgendwie kann (ja+) ja! w- weiss auch nicht, wie man sich verhält oder - (hm) oder dann irgendwie auch Entscheidungshilfe - - ja: eben ob Theater oder nicht?

Konsistent zu den in der Eröffnungssequenz geschilderten Problemen formuliert Alexandra zwei inhaltliche Anliegen, nämlich erstens Strategien im Umgang mit ihren Ängsten zu erlernen, und zweitens die Hilfe bei der Entscheidung für oder gegen die Schauspielerei zu erhalten. Dies wird mit einem Hörersignal zur Kenntnis genommen, jedoch nicht weiter darauf eingegangen. Stattdessen leitet der Therapeut mit einem weiteren Versuch, das 'Tief' besser zu verstehen, die dritte Runde der Problemlklärung ein.

14.3.5 Die dritte Runde der Problemlklärung: Problemfokussierung und das Angebot einer Neuinterpretation

14.3.5.1 Problemfokussierung

Z 858-864:

T/ ja. - sie haben ja gesagt letzte woche hätten sie so ein tief gehabt. (*hm+*) könnten sie? das noch mal irgendwie möglichst ähm, konkret genau! so beschreiben wie das so vor sich ging. +also wie das (*also ja+*) anfang und; einfach damit ich noch ein, +noch ein bild hab.

Diese erneute Zitierung des Tiefs steht in Verbindung mit der ersten Frage nach dem Grund ihres Kommens (Z 434f.: «was würden sie sagen wieso sind sie grade jetzt! hierhergekommen»), in dessen Zuge sich der Therapeut bereits schildern liess, was Alexandra mit 'Tief' meine. Die Frage nach der Schlafqualität (Z 574-577) war der zweite, somatisch gerahmte, Verstehensversuch, der sich jedoch als wenig fruchtbar entpuppte. Im nun dritten Versuch, den Grund ihres Kommens besser zu verstehen, fordert er – und das ist neu – eine konkrete Beschreibung des Ereignisses, das zum Tief geführt hatte. Dies führt zu einem Narrativ, das von Mathys et al. (2013) eingehend analysiert wurde und hier deswegen nur paraphrasierend wiedergegeben wird: Nach vier Theaterproduktionen, von denen Alexandra gerade letztere als mühevoll erlebte und nur mittels Überzeugungsarbeit von aussen zu Ende brachte, entschloss sie sich, eine Woche Ferien zu nehmen, während ihre Klasse an einem Wettbewerb der Schauspielschulen teilnahm. Diese Ferienwoche genoss sie sehr, erfuhr zum Ende hin jedoch, dass ihre Klasse an besagtem Wettbewerb den ersten Preis, und eine Kommilitonin zudem den Solopreis gewonnen hatte. Auf diese Information reagierte sie nach eigenen Aussagen mit Eifersucht und Selbstzweifeln, die schliesslich zum Nervenzusammenbruch führten. Man beachte, als Randbemerkung, dass sie interessanterweise den kontextuell falschen Begriff der Eifersucht anstelle des hier angebrachten Neides verwendet.

14.3.5.2 Die Stellungnahme des Therapeuten

Aufbauend auf dieses Narrativ erfolgt zehn Minuten vor Gesprächsende die erste kreditierende (zumutende, herausfordernde) Intervention (Z 952-985). Es ist dies die einzige Intervention, in welcher der Therapeut Stellung zum Besprochenen bezieht. Er beginnt zunächst mit einer Paraphrasierung, die das vorangegangene Narrativ der Klientin konzise und inhaltsgetreu zusammenfasst, ohne Änderungen im Sinne von Streichung, Selektion oder Transformation (Z 952-978):

T/ also könnte man aber schon sagen dass; sie waren sehr erschöpft? aber dann haben sie eine für sich letztlich, erst mal positive entscheidung getroffen, sich diese, +erholungsphase (hm+) zu gönnen? und dann haben sie aber gesehen wie ihre klasse etwas macht mit dem sie sehr erfolgreich +ist (hm+) bei dem sie aber nicht +dabei (hm+) waren dann, (hm) und zudem noch eine andere, frau! ein ein +solopreis (hm+) bekommt, und dieser, das hat dann sehr geschmerzt. +/(?:zumindest) (hm+) die, und dann kam die vergleichs-, (hm) frage so stark und die konkurrenz+frage (hm+) im gewissen sinne und die frage `bin ich auch! so gut +oder`, (hm+) und und dann eben, so extreme +selbst-, (hm+ genau) extreme selbstzwei+fel. (ja.+) ja. - hm - - hm.

A/ ja und dann habe ich eben hier angerufen.

T/ ja. ja. hm - - -

Dieses Vorgehen ist wichtig als Vorbereitung für das, was danach kommt. Damit lässt er sich durch Alexandra bestätigen, sie richtig verstanden zu haben. Es ist auch wesentlich, dass er in seiner Paraphrasierung den Inhalt so belässt, wie er von Alexandra dargebracht wurde, und nicht wie zum Beispiel in einer *Formulierung* subtile Veränderungen vornimmt. Aufbauend auf die Paraphrasierung nämlich (Z 968f.: «dann kam die vergleichs-, frage so stark und die konkurrenzfrage») formuliert er eine *Reinterpretation* (*reinterpretative statement*; Bercelli et al., 2008), also eine Umdeutung oder Neuinterpretation (Z 980-985):

T/ heisst das es wäre die frage wie sie da - sozusagen, so eine art von - also man kann sich ja fragen ob diese ob sie so konkurrieren müssen! (hm) das könnte man sich ja fragen sozusagen ob nicht jeder letztlich, in gewissem sinne ja einzigartig +spielt aber.

Die *Reinterpretation* wird in Form einer Aussage bzw. Stellungnahme (*statement-designed*) dargebracht; dies im Unterschied zur *Formulierung*, die oftmals fragenden Charakter hat. Während bei der *Formulierung* die Worte des Patienten aufgenommen und subtil verändert werden, ist bei der Reinterpretation eben gerade zentral, die Sichtweise des Therapeuten ex-

plizit als die seine auszuweisen (Vehviläinen et al., 2008, S. 193). Diese deutlich sichtbare Unabhängigkeit von der Patientenperspektive (*independency*) ist das erste Gestaltungsmerkmal dieser Intervention: «Therapists forward their own perspectives, ostensibly shifting the point of prior clients' versions of their own events or possibly forwarding some divergence from them» (Bercelli et al., 2008, S. 48). In diesem Fall macht der Therapeut den Perspektivenwechsel durch die Phrase «also man kann sich ja fragen» sichtbar. Er stellt Alexandras Konkurrenzdenken in Frage und bringt in die Diskussion die neue Perspektive mit ein, dass letztendlich jede/r Schauspieler/in seine/ihre unvergleichlichen Qualitäten mitbringe. Der Therapeut versucht durch seine Intervention, Alexandra aus ihrem Konkurrenzdenken herauszuholen; denn wenn jede Person ihre eigenen Qualitäten hat, wird der Vergleich obsolet.

Das zweite (sequentielle) Merkmal der *Reinterpretation* liegt darin, dass es sich um ein sogenanntes *B-event statement* (Labov & Fanshel, 1977, S. 100) handelt: «They deal with clients' personal events and experiences, which clients have wider access to. Therefore, ... reinterpretations ... make clients' responses relevant» (Bercelli et al., 2008, S. 49); mit Labov & Fanshel (1977) selbst gesprochen: «If A makes a statement about B-events, then it is heard as a request for confirmation» (S. 100). Zur Verdeutlichung noch folgendes eingängiges Beispiel (Stubbs, 1983, S. 119):

A: You look cold.

B: Yes, I am.

Da sich der Therapeut auf ihr Erleben bezieht, ist eine Stellungnahme zum Gesagten von Alexandra regelhaft zu erwarten. Und so bleibt die Reaktion nicht aus (Z 986-1001):

A/ hm+ - ja klar das, überlege ich mir also, das ist eigentlich so, es hat ja jeder seine eigenen qualitäten auf der bühne. (hm -) aber ähm - ja. so auf die zu vertrauen das ist, schwierig. (hm) oder halt einfach die I- leute gesehen die die die, können machen was sie wollen. (hm) sie haben erfolg so also, (hm) auf der bühne. (hm) es kommt jetzt nicht darauf an, was sie machen, es ist irgendwie, es klappt einfach immer! und es +kommt (hm+) immer an oder.

Alexandras Entgegnung fällt unmissverständlich aus: Sie gibt dem Therapeuten zu verstehen, dass sie sich diese Überlegungen bereits selbst gemacht habe. Ihre Ablehnung des Perspektivenwechsels fällt diplomatisch aus: Auf die eigenen Qualitäten zu vertrauen sei schwierig. Der Therapeut vermag nicht zu überzeugen und bringt auch kein neues, unbewusstes Element

in die thematische Auseinandersetzung ein. Wie um zu unterstreichen, dass sie nicht zum Umdenken bereit ist, verfällt Alexandra unmittelbar in das gewohnte Muster des Vergleichens (Z 991f.: «oder halt einfach die I- leute gesehen die ... können machen was sie wollen»). Mit ihrer Antwort signalisiert sie, dass es sich nicht lohne, diesen Ansatz weiter zu verfolgen. Die Intervention hat also ihr Ziel verfehlt und der Therapeut geht nicht weiter auf das Thema ein.

14.3.5.3 Paraphrasierung des weiteren Gesprächsverlaufs

Was danach folgt, ist eine Wiederholung des Bekannten: Sich mit ihrer erfolgreicheren Kommilitonin vergleichend, hadert Alexandra mit ihrer ‚klassischen‘ (Z 1029), eher 'kühlen' (Z 1035) Ausstrahlung, wünscht sich wärmer und herzlicher, und übt implizit Kritik an den Lehrern, von welchen sie sich in eine «schublade» (Z 1052) gezwängt fühlt. Nach der längsten freien Gesprächspause des Gesprächs (22 sek), die für einmal nicht vom Therapeuten aufgelöst wird, bringt sie von sich aus ein Narrativ vor: Gestern sei sie in einem Theaterstück aufgetreten, das «eigentlich relativ gut angekommen» (Z 1066) sei und wofür sie auch Komplimente erhalten habe. Dennoch sei sie heute Morgen traurig aufgewacht und habe sich bereits wieder vor der nächsten Anforderung geängstigt. Eine freie Gesprächspause birgt die Möglichkeit eines thematischen Neubeginns. Bei genauer Betrachtung indes zeigt sich, dass Alexandra hier lediglich wiederholt, was sie bereits früher schilderte (z. B. Z 341ff.: «aber es ... nützt mir so nichts also. die Selbstzweifel sind zu gross als dass es mir irgendwie etwas nützt wenn jemand sagt 'hey das ist jetzt richtig gut gewesen' oder, es nützt vielleicht irgendwie, drei Tage. und nachher ähm fangen die Selbstzweifel wieder an»). Es ist keine Erfolgsgeschichte, mit der sie das Gespräch beschliesst, sondern eine Geschichte des an sich Verzweifels. Insofern hat das Erstgespräch keinen wesentlichen Perspektivenwechsel mit sich gebracht.

14.3.6 Abklärungsangebot

Der Therapeut bietet zwei weitere Abklärungsgespräche an: «ähm, ich würde das gern noch ein bisschen genauer, verstehen und mit ihnen gemeinsam auch, ähm, genauer herausarbeiten, wa- wie wir ihnen oder jemand anders helfen +könnte (hm+) also ob sie sozusagen, eine therapie beginnen wollen zum beispiel ob sie intensiver daran arbeiten wollen oder ob sie mehr, kürzere beratung wollen und, ähm was auch da gibt's ja verschiedene arten +auch (hm+) und was ihnen da entsprechen würde? ähm, ich glaube das wär wichtig dass man sich ein bisschen! zeit nimmt dafür um das gemeinsam heraus zu +finden. (hm+) wenn das für sie (ja), in ordnung ist» (Z 1111-1127). Alexandra zeigt sich mit dem Abklärungsangebot einverstanden, sodass Termine für zwei weitere Sit-

zungen vereinbart werden. Das Gespräch endet nach 47 Minuten mit der Entfernung der Mikrophone und der Besprechung administrativer Belange (Fragebögen, Visitenkarte).

14.4 Empirischer Teil IV: Die Analyse der nonverbalen Kommunikation

Dieser Teil ist der Analyse des nonverbalen Gesprächsgehalts gewidmet. Der Schwerpunkt kommt auf der Mimikanalyse zu liegen. Es werden zunächst die individuellen nonverbalen Verhaltensmuster beschrieben, bevor dann die mimische Interaktion näher beleuchtet wird.

14.4.1 Äussere Beschreibung der Gesprächspartner

Alexandra, eine Frau in ihren Zwanzigern, verfügt über ansprechende Gesichtszüge mit grossen, ausdrucksvollen Augen. Ihr Gesicht strahlt keine Sicherheit aus, es wirkt eher ernst und nachdenklich und verfällt, wenn sich ihre Augen noch etwas weiten, rasch in einen ängstlich-besorgten Ausdruck. Durch die Art und Weise, wie sie sich geschminkt hat (roter Lippenstift und grauer Lidschatten, der die Tiefe der Augen noch untermalt) wirkt ihre Mimik ausgesprochen expressiv, was entfernte Assoziationen an Theaterschminke weckt. Sie wirkt aufmerksam und präsent, macht einen interessanten und klugen Eindruck. Ihre blonden, halblangen Haare trägt sie vorne strähnig-offen und hinten zu einem dünnen Zöpfchen gebunden, die kurzen Fransen wirken selbst geschnitten. Es blitzen lange, mit einem Stein versehene Ohringe unter dem Haar hervor. Im selben nahöstlich inspirierten Stil ist der silberne Armreif am rechten Unterarm. Sie trägt ein schwarzes, schon etwas verwaschenes, feingeripptes Trägershirt, dazu eine schwarze, locker geschnittene Stoffhose und rote Flipflops, die ihre rot lackierten Zehennägel sichtbar werden lassen. Mit ihrer äusserlichen Aufmachung signalisiert sie deutlich ihre Zugehörigkeit zur links-alternativen Kreativszene. Durch ihre vornübergebeugte Haltung und den tiefen Ausschnitt lässt die Kamera den Blick tief in ihr Décolleté zu. Man fragt sich, ob auch dem Therapeuten der tiefe Ausschnitt aufgefallen ist. Ob der schwarzen Kleidung fällt Alexandras trotz hochsommerlicher Temperaturen helle Haut im Kontrast auf. Ihr schlanker Körperbau wirkt etwas knochig, asketisch. Sie verfügt über eine gerade, offene Körperhaltung, eine gute Körperspannung. Indem sie sich locker und entspannt bewegt, entsteht der Eindruck, dass sie sich in ihrem Körper wohlfühlt.

Der Therapeut, Ende 30, trägt über einem weissen Hemd einen dunkelgrau-schwarzen Anzug. Durch die Wahl seiner Kleidung nimmt er auf den formalen Gesprächsrahmen Bezug. Seine

Mimik bleibt während des gesamten Gesprächs praktisch durchgehend freundlich und zugewandt. Die meiste Zeit lehnt er sich im Sessel zurück. Dadurch wirkt er ‚rezeptiv‘, also entspannt, aber bewusstseinswach, ‚aufnahmebereit‘. Mimik und Gestik sind insbesondere während der *Arbeitsphase*, also in dem Teil des Gesprächs, in welcher über Alexandras Probleme und Anliegen gesprochen wird, relativ zurückhaltend.

14.4.2 Alexandras typische mimische Muster

14.4.2.1 Expressive Mimik und Gestik

Alexandras Rede wird von lebhaften, symbolischen Gesten, sog. Illustratoren, untermalt. Es entsteht bei der Zuschauerin der Eindruck, einem pantomimischen Spiel beizuwohnen. Man merkt ihr die Schauspielausbildung daran an, dass sie die körperlichen Ausdrucksmöglichkeiten voll ausschöpft. Die Illustratoren sind während des gesamten Gesprächs sehr präsent, einzig in Sequenzen, in welchen der emotionale Gehalt des Besprochenen zu spannungsgeladen wird, nehmen die Illustratoren ab und die Adaptoren zu (unwillkürliche Selbstberührungen zur Beruhigung).

14.4.2.2 Lachen und Lächeln als Strategie der affektiven Selbstregulierung

Alexandras typisches mimisches Muster besteht darin, Schilderungen von emotional spannungsvollem Gehalt ein Lächeln oder Lachen folgen zu lassen, häufig begleitet von einem (mehr oder weniger kurzen) Blick zum Therapeuten hin¹⁰. Es zeigt sich regelhaft immer dann, wenn das Besprochene eine konflikthafte Note erhält, also wenn beispielsweise über den Vergleich mit anderen gesprochen oder die Ambivalenz in Bezug auf den Schauspielberuf zum Thema wird, nicht jedoch, wenn affektiv neutralere Themen oder Administratives zur Sprache kommen.

¹⁰ Eine vollständige Aufstellung der Lach-/Lächel-Sequenzen findet sich im Appendix D, unter '*Protoytpische Affektive Mikrosequenzen (PAM) im Erstgespräch Alexandra*' und '*Erstgespräch 'Alexandra': Lach-/Lächelsequenzen (ohne PAM)*'.

Thema (Transkriptzeilen)	EmFACS (AUs ¹¹)
<i>Schauspielausbildung (Z 115f.)</i> A/ ähm, also manchmal würde ich am liebsten einfach alles <u>hinschmeissen</u> <u>und</u> das nicht mehr machen.	phoney smile ¹² (12B+zittrige Stimme)
<i>Schwierigkeiten beim Vorbereiten der Schulvorträge (Z 682ff.)</i> A/ also immer schon irgendwie nach einem, nach einer seite die man geschrieben hat finden oh nein das ist schrecklich. ich muss wieder von vorne anfangen also.	Duchenne smile ¹³ (6C+12C+Lachen)
<i>Eifersucht auf die Kommilitonin mit dem Solopreis (Z 908ff.)</i> A/ dann bin ich gleich <u>still und, sage nichts mehr</u> und bin einfach, extrem, verschlossen.	Duchenne smile (6B+7B+12C+Lachen)

Häufig ist das Lächeln/Lachen Teil einer sogenannten Blende (vom Englischen *to blend* für 'mischen'), wo zwei unterschiedliche Basisemotionen gleichzeitig gezeigt werden. In Alexandras Fall dienen diese Mischformen manchmal als *smile control*, also dazu, das Lächeln zu hemmen, bevor es sich ganz entfalten kann.

Thema (Transkriptzeilen)	EmFACS (Action Units)
<i>Wunsch nach Anerkennung (Z 152f.)¹⁴</i> A/ und wenn man ja den //(?:nicht bekommt) irgendwie, das gefühl man ist das hinter <u>letzte</u> und man ist <u>einfach schlecht</u> und <u>+peinlich</u>	blend aus Ärger + Lächeln (smile control): amusement smile + Blick zu T (5B+7B+12C+13B+17C+69) Duchenne smile + Lachen + Blick zu T
<i>Aus der Freizeitbeschäftigung wird der Beruf (Z 412)</i> A/ ist nicht mehr <u>theäterle</u>	blend aus Trauer + Freude (6B+12B+15B+17C)

¹¹ AU = Action Unit

¹² *phoney smile* = unechtes Lächeln

¹³ *Duchenne smile* = *felt smile*, echtes Lächeln

¹⁴ In diesem Beispiel werden zwecks Übersichtlichkeit nur die *blends* aufgeführt.

<i>Die Beschreibung des 'Tiefs' (Z 436ff.)</i>	
A/ also vor einer woche habe ich einfach ein extremes tief gehabt, wo ich einfach gefunden habe, jetzt mag ich irgendwie nicht <u>mehr</u> .	blend aus Trauer + Lachen (smile control) (12B+15B+17B+69+84+Lachen)

Durch ihr Lachen nimmt sie dem Inhalt den Ernst beziehungsweise die Schwere. Die vorliegende Parathymie, also der Widerspruch zwischen den geschilderten (schwierigen) Situationen und der gezeigten (positiven) Mimik, kann als Regulierung schwer aushaltbarer, unangenehmer Gefühlszustände interpretiert werden. Sie gibt Aufschluss darüber, welche Themen einen besonders schwer aushaltbaren negativen Affektgehalt haben:

1. Die Schwierigkeiten mit der Schauspielschule (Z. 102-199)
2. Der Vergleich mit den Kommilitonen/innen (Z 241, Z 905ff., Z 1020ff.) und die dadurch ausgelösten Selbstzweifel (Z 911f.), Fluchtphantasien (Z 929) und Trauergefühle (Z 1067); vor allem die Erwähnung der Kommilitonin, die den Solopreis gewonnen hat, ist stets von heftigen negativen mimischen Indikatoren und anschliessend – sozusagen als Wiedergutmachung – breitem Lächeln und Gelächter begleitet. Allerdings scheinen die Rivalitätsprobleme auf den schulischen Bereich begrenzt; spricht sie über die Schwester, deutet nichts in ihrer Mimik auf eine konflikthafte Anspannung hin.
3. Die emotionale Zerrissenheit zwischen den zwei unterschiedlichen Lebenswelten (Z 528ff., Z 250f., Z 283ff.), ihre Unvereinbarkeit (Z 244f., Z 256ff., Z 265), fehlende Alternativen zur Schauspielerei (Z 547), Ambivalenz (Z 543-558, Z 856, Z 1098, Z 1107)
4. Der Grund ihres Kommens (Z 440: extremes Tief; Z 445: Mitmenschen; Z 451, Z 483f., Z 509: Nervenzusammenbrüche)

14.4.2.3 Blickverhalten: Das beschämte Wegschauen

Häufig blickt Alexandra den Therapeuten nur sehr kurz lächelnd oder lachend an, und wendet sich dann sogleich wieder ab, ohne seine Reaktion abzuwarten. Dieses Lächeln dient der intrapsychischen Affektregulierung. Sie zeigt dann ein Verlegenheitslächeln (gehemmtes Lächeln, Blickabwendung, Kopfbewegung nach unten). Verlegenheit, peinliche Berührtheit

oder leichte Scham, wie sie sich bei Alexandra so häufig auf dem Gesicht spiegelt, gehört zu den selbstbezogenen Emotionen (wie z. B. auch Schuld oder Stolz) und kommt dann vor, wenn der augenblickliche Zustand nicht mit dem Bild, das man gerne abgeben würde (Ich-Ideal) übereinstimmt. Gemäss Keltner & Beer (2005) nimmt das verlegene Lächeln eine Art Beschwichtigungsfunktion ein: «The self-conscious emotions serve a regulatory function, repairing social relations in face of transgressions» (S. 198). Alexandras kurze Blicke zum Therapeuten hin sowie deren sofortige Unterbrechung weisen folglich auf eine Scham- und Selbstwertthematik hin.

Bei Alexandra kommt zur schamhaften Mimik noch die Komponente des Lachens hinzu. Auch dazu passt Tiedemanns (2007) Kommentar, dass eine häufig zu beobachtende, 'gesunde', quasi sublimierte Form der Schambewältigung (beziehungsweise -abwehr) Lachen sei. Es stelle eine gewisse Distanz zum als unangenehm erlebten Affekt dar und ermögliche es den Betroffenen, quasi spielerisch damit umzugehen:

Im Gegensatz zu den anderen Strategien des Umgangs mit Schamgefühlen bewahrt der Humor das Schamgefühl und verdrängt es nicht, er verwandelt dieses Gefühl vielmehr in eine Form, die es mittelbar macht und die zugleich das Subjekt mit sich aussöhnt. ... In der Therapiesituation kann eine übertriebene Heiterkeit und Fröhlichkeit allerdings u.a. darauf hinweisen, dass Schamgefühle und -themen von Patient und Therapeut gemeinsam vermieden werden. (S. 73)

14.4.3 Gesprächsbeginn und -ende: Aufbau und Aufrechterhaltung der positiven therapeutischen Beziehung

Der Gesprächsbeginn (die Einverständniserklärung zur Videoaufnahme, das Anbringen der Mikrophone) ist auf Beziehungsebene durch den Aufbau einer positiven Beziehung gekennzeichnet. Es finden sich nicht zufällig zwei gelingende *Prototypische Affektive Mikrosequenzen* (PAMs), die erste von Alexandra, die zweite vom Therapeuten initiiert. Die erste dreht sich um die Tonband- und Videoaufnahme: Auf seine Frage hin, ob Alexandra mit der Tonband- und Videoaufnahme einverstanden sei, wirft sie einen verschreckt-belustigten Blick zur Kamera hinauf, um dann in ängstlicher Verlegenheit (Schultern werden leicht hochgezogen, der Kopf leicht nach unten und zurückbewegt, die Augen sind etwas weiter geöffnet), gepaart mit einem strahlenden Lächeln und hörbaren Lachen zu erwidern (Z 14f.):

A/ ja das, tonband finde ich nicht so schlimm, video finde ich <u>unangenehmer</u> . T/ <u>ja</u> .	Duchenne smile, Lachen und Blick zu T Duchenne smile und Blick zu A
--	--

Alexandras ambivalente Mimik wirkt nicht, als würde sie die Kamera tatsächlich unangenehm finden. Ihre nonverbalen Signale sprechen nicht von echter Besorgtheit, Eingeschüchtert- oder Bedrohtheit durch das sich im Raum befindende Aufnahmegerät. Vielmehr verkommt ihr Einwand zur Koketterie. Man wohnt einem kleinen (Schau-)Spiel bei, einem Wechselspiel zwischen dem sich lustvollen Zeigen (strahlendes Lächeln, lautes Lachen) und einer damit einhergehenden leichten Verschämtheit. Auffällig ist auch, dass Alexandra sich nicht eindeutig gegen die Präsenz eines Aufnahmegeräts und damit gegen den voyeuristischen Blick von aussen sperrt: Das Tonband darf sein, nur das Video nicht. Sich ein wenig zu zeigen, findet sie «nicht so schlimm» (Z 14). Nur sich ganz zu zeigen, also auch im Bild, ist etwas unangenehmer. Hier wird vorweggenommen, was ein paar Minuten später erneut als Thema auftaucht (siehe Kap. 14.1.4): Dann beschreibt Alexandra, dass es für den Schauspielberuf einen gewissen Exhibitionismus brauche, der ihr «manchmal fehlt» (Z106). So wird deutlich, dass ihr die Zeigelust nur 'manchmal' und eben nicht gänzlich fehlt, genauso wie die Tonbandaufnahme in Ordnung ist, die Videoaufnahme als Mittel der Entblössung jedoch einen Schritt zu weit geht.

Der Therapeut reagiert auf ihren Ausbruch an Heiterkeit mit einem echten, breiten Lächeln. Diese Erwiderung des von Alexandra initiierten Lächelns gilt als gelingende PAM, das heisst es wird ein positiver affektiver Zustand geschaffen und der (in Ansätzen vorhandene) negative Affekt reguliert. Mit seinem erwidernenden Lächeln signalisiert der Therapeut, dass sich Alexandra in der therapeutischen Beziehung sicher fühlen kann. Er schafft damit auch den Boden, um das heikle Thema der Aufnahme noch einmal anzusprechen: Sogleich hebt er an, den Zweck der Aufnahme – Supervisions- und allenfalls Forschungszwecke – zu erläutern und dadurch implizit zu verdeutlichen, dass Alexandra sich darauf verlassen kann, dass mit ihren Daten vertraulich umgegangen wird. Und siehe da, Alexandra, die der Videoaufnahme gegenüber vorhin noch (verbal und nonverbal) ambivalent eingestellt war, gibt nun sogleich und ohne dass es grösserer Überzeugungskraft benötigt hätte, ihr Einverständnis dazu.

Die zweite, vom Therapeuten initiierte PAM, dreht sich um das Anbringen der Mikrophone, die, wie er entschuldigend lachend einwirft, «immer etwas technisch vorweg» und «manchmal

etwas unangenehm» (Z 61f.) sei. Auch diese Mikrosequenz gelingt und die beiden finden sich in einem gemeinsamen Lachen und strahlenden Lächeln vereint. Man hat sich der gegenseitigen Sympathie nun hinreichend versichert und der Therapeut kann nun die Arbeitsphase einläuten, indem er kurz den Gesprächsverlauf umreisst und sodann Alexandra nach ihrem Anliegen und dem Grund ihres Kommens fragt. Es wird dann erst wieder in der Beendigungsphase zum gemeinsamen (hörbaren) Lachen in einer gelingenden PAM kommen, wenn sozusagen der 'ernste' Teil des Gesprächs abgeschlossen ist. Die Beendigungsphase hat insofern auch die Funktion, die 'Stimmungsreste' der schwierigen Themen und Affekte aus der Arbeitsphase zu entschärfen und der Klientin damit ein befreiteres Zurückkehren in den Alltag zu ermöglichen (Huber, E. et al., 2016, S. 75).

14.4.4 Die Arbeitsphase: Alexandras Probleme mit der Affektregulierung

Alexandra initiiert während der Arbeitsphase eine grosse Anzahl – insgesamt 39 – *Prototypische Affektive Mikrosequenzen* (PAM), die durch ihre reine Fülle den Charakter des Gesprächs massgeblich prägen. Alleine in den eröffnenden Redezügen, als Alexandra zum ersten Mal erläutert, was sie in die Abklärung führt, finden sich acht (von zehn) Lächelsequenzen, welche die Operationalisierungskriterien einer PAM erfüllen (siehe Kap. 12.4.4). Zur Verdeutlichung des Gesprächscharakters ist diese Sequenz mit den dazugehörigen mimischen Indikatoren und PAMs aufgeführt:

Verbatimtranskript (Z. 101-198)	Basisemotionen ¹⁵	PAM
A/ ähm: was noch dazukommt äh ich bin an der schauspielerschule? (ja.) <u>und ähm - ist nicht so eine einfache ausbildung.</u>	Trauer Angst + Freude (mask) + Blick zu T, danach: Duchenne smile + Lachen	plusminus PAM
T/ ja. - <u>was ist, woran denken sie, wenn sie sagen es ist nicht einfach also was, was meinen sie +mit</u>	kurz Angst, dann Ekel + Freude (mask) + Blick zu A P: Duchenne smile + Blick zu T	

¹⁵ Aufgezeichnet wurden zwecks besserer Übersichtlichkeit ausschliesslich Lächel-/Lachsequenzen; die *Action Units* dazu sind in Appendix D einsehbar.

A/ und wenn man ja den //(?:nicht bekommt) irgendwie, das gefühl man ist das hinter <u>letzte</u> und man ist einfach schlecht und <u>+peinlich.</u>	Ärger + Lachen (blend) + Blick zu T smile control (blend aus Ärger + phoney smile) + Blick zu T Freude + Lachen + Blick zu T	nicht gelingende PAM
T/ hm+ hm - ja. -		

A/ und s- es ist sehr schöne gefühl anerken- nung bekommt dass wenn +jemand (hm+) sagt 'hey, das ist super gewesen' +und so. (hm+) und dass es dann zum teil auch, wirk- lich wie eine sucht wird. also <u>+habe (hm+) ich</u> <u>so das gefühl.</u>	phoney smile + Blick zu T	nicht gelingende PAM
T/ hm		

<p>A/ dass man irgendwie lob bekommt. und dann wenn man es einfach nicht bekommt dann ist es äh, verfällt man einfach in v- völlige selbstzweifel. (ja) und ähm, ja wenn man manchmal so das gefühl irgendwie, dass es mich zu fest! ja wie, zu wenig gibt und mir, zu viel nimmt. (hm -) und jetzt im oktober habe ich das diplom?</p> <p>T/ ja. das ist die letzte prüfung +dann. (genau.+) hm</p>		
--	--	--

A/ und das ist eben so einfach so pf., mir fehlt irgendwie die energie oder ähm, die inspiration oder die lust jetzt sich irgendwie, an diese rolle anzunähern und, ja es ist einfach so eigentlich nur angst <u>davor.</u>	Ekel + phoney smile (blend) + Lachen + Blick zu T	nicht gelingende PAM
T/ vor <u>dieser +abschlussprüfung (hm hm+) im</u> <u>+wesentlichen.</u>	Ekel + Blick zu A	

A/ ja+ - +und (hm+) das ha- also ich hab's auch bei produktionen manchmal einfach wahnsinnig angst /(:noch) auf die bühne zu gehen und. ja es ist einfach so auf und ab und es ist auch jeden tag einfach das, das kleinste ding kann mich einfach um!werfen und dann +bin ich (hm+) irgendwie einfach, mag irgendwie grad nicht mehr und. ja es ist immer einfach so pf.: kein tag, der einfach mal so <u>ein wenig</u> . +gleichmässig (ja+) läuft.	Freude + Lachen + Blick zu T	nicht gelingende PAM
T/ ja. -		

Es lässt sich deutlich nachvollziehen, wie der Therapeut schrittweise in seine abstinente Rolle hineinfindet; das erste Lächelangebot wird noch halbwegs erwidert, wobei er auch die Angst Alexandras mimisch spiegelt (plusminus-PAM). Auch das dritte Lächelangebot wird noch angenommen. Danach nimmt der Therapeut einen neutralen, ernsten Gesichtsausdruck ein und signalisiert durch seine Hörsignale aktives Zuhören. Er lässt sich von Alexandras lebhafter Mimik jedoch nicht weiter anstecken. Sein mimisches Signal, die affektive Anspannung nicht sogleich aufzulösen, hat durchaus kreditierenden Charakter. Es zeigt sich überdies, dass der Therapeut die negativen mimischen Innervationen Alexandras, zum Beispiel die Ekelinnervation, empathisch resonant spiegelt. Ferner wird in dieser Sequenz sichtbar, was geschieht, wenn eine PAM gelingt: Alexandras Selbstregulierungsprobleme sind kurzzeitig mittels externer Hilfe ausbalanciert und es folgt der längste Sprechakt in dieser Sequenz, der frei von unangemessenem Lächeln ist. Danach häufen sich die Lächelangebote wieder.

Alleine auf diese eröffnenden drei Gesprächsminuten konzentriert sich rund ein Fünftel aller durch Alexandra initiiert PAMs. Ebenfalls passt Alexandras mimisches Verhalten zu ihrer Symptomatik, nämlich dass sie in Nervenzusammenbrüchen von ihren Angstgefühlen richtiggehend überschwemmt wird. Auch in der Eröffnung scheint Alexandra von ihren negativen Affekten fast überflutet zu werden, was an der zitterigen Stimme und den Tränen in den Augenwinkeln sichtbar wird, aber auch daran, dass sie so stark mit Lächeln und Lachen Gegensteuer zu geben versucht. Passend dazu spricht Streeck (2004) davon, dass gerade zu Beginn des Erstgesprächs der Austausch zwischen Klientin und Therapeut (diagnostisch) besonders dicht sein kann (siehe Kap. 6.2.1.3). Man kann auch in Übereinstimmung mit Kind

(1986) auf die Labilisierung des intrapsychischen Gleichgewichts schliessen, welche die ungewohnte Situation des Erstgesprächs mit sich bringt.

14.4.5 Die Arbeitsphase: Der therapeutische Wechsel zwischen beziehungsförderndem Lächeln und mimischer Abstinenz

Gemeinhin bleibt der Therapeut während des gesamten Gesprächs mimisch zurückhaltend und verzichtet auf expressive (dramatische) mimische Innervationen, ganz im Gegensatz zu Alexandra, wo der nonverbale Ausdruck manchmal an ein Bühnenschauspiel erinnert. Anhand seiner Mimik lässt sich gut ablesen, wann er den Zeitpunkt für die Schaffung einer beziehungsfördernden, positiven Atmosphäre für richtig hält, und wann er in eine abstinente Haltung hineinzufinden versucht. In der Anfangs- und Beendigungsphase lächelt und lacht er viel, lässt sich auch von Alexandra Lächeln 'anstecken' und initiiert das gemeinsame Lachen auch von sich aus; dieses erhält auch zum Ende des Gesprächs hin (beim Entfernen der Mikrophone) wieder Platz. Während der Arbeitsphase hingegen reagiert er auf Alexandras zahlreiche 'Lächelangebote' zumeist abstinente, das heisst er verzichtet darauf, in solchen Situationen zurückzulächeln, und behält seinen neutralen Gesichtsausdruck bei. Stellt er Fragen zu einem schwierigen Thema, so mischen sich zu Beginn der Arbeitsphase – der Thematik angemessen – Spuren negativer Mimik in seinen mehrheitlich neutralen (ernsten) Gesichtsausdruck. Indes kann nicht davon gesprochen werden, dass er gegen die Signalwirkung des häufigen Lächelns und Lachens seiner Klientin immun wäre; im Verlauf des Gesprächs verschwindet die situationsangemessene negative Mimik zusehend, und der Therapeut paraphrasiert mit der Zeit auch emotional spannungsvolle Inhalte mit einem neutralen oder leichten Lächeln, wie zum Beispiel folgende Sequenz gegen Ende der Arbeitsphase verdeutlicht (Z 952-979):

<p>T/ ja. - also könnte man aber schon <u>sagen dass; sie waren sehr erschöpft?</u> aber dann haben sie eine für sich letztlich, erst mal positive entscheidung getroffen, sich diese, +erholungsphase (hm+) zu gönnen? und dann haben sie aber gesehen wie ihre klasse etwas macht mit dem sie sehr erfolgreich +ist (hm+) bei dem sie aber nicht +dabei (hm+) waren dann, (hm) und zudem noch eine andere, frau! ein ein +solopreis (hm+) bekommt, und dieser, das hat dann sehr <u>geschmerzt. +/(?:zumindest) (hm+) die, und dann kam die vergleichs-, (hm) frage so stark und die konkurrenz+frage (hm+) im gewissen sinne und die frage `bin ich auch! so gut +oder`, (hm+) und und dann eben, so extreme +selbst-, (hm+ genau) extreme selbstzwei+fel. (ja+) ja. - hm - - hm.</u></p>	<p>Duchenne smile (6B+12B)</p> <p>Duchenne smile + Blick zu A (6B+12B+69)</p> <p>Duchenne smile + Blick zu A (6B+12B+69)</p>
<p>A/ ja und dann habe ich eben hier <u>angerufen.</u></p>	<p>Blend aus Ärger + Lächeln + Anflug von Angst + Blick zu T: (7B+12C+17B+M69, kurz L20D)</p>

Das Angesprochene (Erschöpfung, seelischer Schmerz, Konkurrenzdruck, Selbstzweifel) findet keinen Widerhall im Gesicht, stattdessen wird gelächelt. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass die Klientin sich als emotional überfordert präsentiert, und deswegen nicht noch stärker labilisiert werden darf.

Alexandras mimische Reaktion auf den Therapeuten ist ebenfalls interessant. Sie blickt ihn an und sagt – mit einem (unechten) Lächeln, gepaart mit dem Hinaufschieben des Kinns (AU 17B), das leicht ärgerlich-resignativ anmutet –, dass sie dann eben hier angerufen habe. Die Kränkung, sich aufgrund des hohen Leidensdrucks in therapeutische Hilfe begeben zu müssen, ist ihr deutlich anzusehen. Ihr gleichzeitiges Lächeln – auch ein Beziehungsangebot an den Therapeuten, ihr den guten Kontakt zu versichern – wird von diesem jedoch nicht erwidert (nicht gelingende PAM). So zeigt sich an ihrer Mimik, dass die konflikthafte Spannung erhalten bleibt: Das Lächeln wird durch eine *smile control* gehemmt und zusätzlich kurz eine ausgeprägte Angstinnervation (AU L20D) gezeigt, indem die linke untere Lippe heftig lateral nach hinten gezogen wird (Ekman & Friesen, 2003, S. 53).

Auch die folgende Sequenz (Z 1078-1093) läuft nach dem beschriebenen Muster ab, dass der Therapeut gegen Ende des Gesprächs schwierige Inhalte mit einem milden Lächeln vorbringt:

<p>T/ also ein enormer druck sozusagen immer schon +von dem (hm+) nächsten und nicht, mal so 'ne etwas ähm, ja gelassenheit und, mal zur +ruhe (hm+) kommen. (hm) immer und dann das muss immer weiter und +immer (hm+) sehr gut sein und immer dieser; der anspruch +dann (hm+) immer den verfolgen sie immer <u>weiter! +sozusagen (hm+) und der druck wächst! +sozusagen (hm+) dann immer. ja, hm</u></p>	<p>Duchenne smile und Blick zu A (6B+12B+69)</p>
--	--

Das Lächeln hat seinen Zweck, die Beziehung sicher zu halten, während über ein spannungsvolles Thema gesprochen wird. Allerdings ist erstaunlich, dass sich der besprochene Inhalt nicht ebenfalls im Gesicht des Therapeuten spiegelt. Ohne situationsadäquate Mimik geht der affektive Gehalt des Gesagten etwas verloren.

Die Reinterpretation

Einer näheren Betrachtung soll auch die kreditierende Intervention unterzogen werden, die der Therapeut gegen Ende des Gesprächs vorbringt. Er stellt Alexandras Konkurrenzverhalten in Frage, was einer subtilen verbalen Konfrontation gleichkommt:

Verbatimtranskript (Z. 102-199)	Basisemotionen ¹⁶	PAM
<p>T also man kann sich ja fragen ob diese ob sie so konkurrieren <u>müssen!</u></p>	<p>Duchenne smile + Blick zu A</p>	<p>participation PAM</p>
<p>P hm</p>	<p>listener response smile mit Nicken</p>	
<p>T <u>das könnte man sich ja fragen sozusagen</u> ob nicht jeder letztlich, in gewissem sinne ja einzigartig +spielt <u>aber.</u></p>	<p>Duchenne smile und Blick zu A Nicken</p>	

¹⁶ Aufgezeichnet wurden ausschliesslich Lächel-/Lachsequenzen; die *Action Units* dazu sind in Appendix D einsehbar.

P	<u>hm+ -</u> ja klar das, <u>überlege</u> ich mir also, das ist eigentlich so, es hat ja jeder seine <u>eigenen qualitäten auf der bühne.</u> (hm -) aber <u>ähm –</u> ja. so auf die zu vertrauen das ist, schwierig.	listener response smile + Nicken, danach smile control aus Ärger + phoney smile Verachtung + Ärger (blend) Angst, Verachtung + Lächeln (blend) phoney smile + Blick zu T dampened smile: Lächeln + Ärger	
---	---	---	--

Der Therapeut richtet seine Worte mit einem echten, netten Lächeln an die Klientin. Da diese von ihm initiierte PAM in einer Sequenz vorkommt, die bereits sehr spannungsgeladen ist – sie erfolgt auf die Schilderung Alexandras zum Wettbewerbserfolg ihrer Kommilitonen und der Erwähnung der Konkurrentin mit dem Solopreis –, kann sie so verstanden werden, dass sie eine Art 'Zuhilfekommen' darstellt, da die Klientin mit dem eigenständigen Ausregulieren der Konfliktspannung bereits überfordert ist. Das Hinterfragen und damit die potenzielle Kritik an ihrer Haltung wird durch sein Lächeln abgemildert, und es wird Alexandra zu verstehen gegeben, dass der Therapeut ihr gegenüber trotz der zumutenden Intervention positiv eingestellt ist. Die positive affektive Resonanz wird aufgenommen, denn Alexandra reagiert 'partizipativ': Sie lächelt leicht, bleibt aber gleichzeitig auch in den schweren Gefühlen drin, was das gedämpfte Lächeln ausdrückt. Sie zeigt während dieser Sequenz viele Adaptoren (Lippenbeissen, sich Kratzen, mit den Fingern spielen, Selbstberührungen), ein Zeichen für Anspannung und Nervosität. Die Anzahl und Intensität der negativen mimischen Innervationen lässt auf den Konfliktgehalt des Thematisierten schliessen und zeigt auch, dass Alexandra mit der Sichtweise des Therapeuten nicht einverstanden ist. Ihre Reaktion ist mit 'höflicher Ablehnung' am besten zu umschreiben.

14.4.6 Fazit: Schwierige Balance zwischen einem guten Arbeitsbündnis und einer produktiven Arbeitsatmosphäre

Insgesamt gelingen in der ganzen Arbeitsphase nur vier der 41 von Alexandra initiierten PAMs. Weitere sechs gelten als participation oder plus/minus-PAMs, das heisst der Therapeut lächelt entweder schwach zurück oder mischt seinem Lächeln Indikatoren negativer Affekte bei. So bleibt die konflikthafte Anspannung erhalten, gleichzeitig wird das positive Arbeitsbündnis rückversichert. Das Gespräch unterscheidet sich folglich massgeblich von einem Alltagsgespräch mit seinen gewohnten Verhaltens- und Kommunikationsstilen, wo viel mehr

gemeinsam gelächelt wird und das Gegenüber um eine angenehme und entspannte Atmosphäre bemüht ist. Rund zwei Drittel aller PAMs gelingen nicht, das heisst der Therapeut erwidert ihr Lächeln nicht. Ein solches Zahlenverhältnis erklärt sich mit den zwei Anforderungen, die an Therapeut/innen gerichtet werden ('Balance-Hypothese'; Huber, E. et al., 2016, S. 74). Einerseits müssen sie in der Lage sein, ein verlässliches Arbeitsbündnis zu schaffen und mit ihren Klient/innen eine positive Beziehung einzugehen. Dafür benötigt es gemeinsames Lächeln und Lachen im Sinne gelingender PAMs. Andererseits muss ein gewisser Grad an Konfliktspeicherung aufrechterhalten werden, damit zentrale konflikthafte Themen erkenn- und bearbeitbar werden. Ein zu rasches Wegregulieren der Konfliktspeicherung würde genau dies verhindern. Nicht gelingende PAMs sind für den psychotherapeutischen Prozess und ein gelingendes Erstgespräch insofern von zentraler Bedeutung.

Gerade bei Alexandra mit ihrer unbewusst vorhandenen Angst vor Zurückweisung wird der Therapeut von seiner Gesprächspartnerin also praktisch unentwegt dazu verführt, sich zu einer gemeinsamen, angenehmen, die Atmosphäre auflockernden Stimmung verleiten zu lassen. Es wäre einfacher, sich mit einer so einnehmenden, charmanten Klientin in einer netten Gesprächsatmosphäre einzurichten. Doch wäre dies für einen produktiven therapeutischen Prozess nicht konstruktiv. Eine ständige Ablehnung des gemeinsamen Lächelns und Lachens wiederum würde den Charakter der Zurückweisung tragen. Es ist also wichtig, dass der Therapeut ein Stück weit die Abwehr mitmacht, indem er ab und zu dennoch 'partizipierend' mitlächelt und indem er seinen eigenen verbalen Interventionen durch seine wohlwollende Mimik die Schärfe nimmt. Ansonsten wäre die Verunsicherung bei Alexandra zu gross.

14.5 Zusammenfassung des Gesprächs in Bezug auf Problem und Anliegen

14.5.1 Die Klärung des expliziten Problems

Wie in der Analyse der Eröffnungssequenz vorausgesehen, nimmt die Bearbeitung des inhaltlichen Problems viel Zeit in Anspruch (39 von 47 Gesprächsminuten). Der erste Teil der Problemklärung beinhaltet naturgemäss eine 'Auslegeordnung' und eine erste Fokusbildung. Aus der Analyse der Eröffnungssequenz geht hervor, dass Alexandra unter Ängsten leidet, die sich im engeren Sinne als Prüfungsängste beschreiben lassen, indes ebenfalls ein grösseres Ausmass anzunehmen scheinen. Ängste begleiten die junge Frau bereits seit der Primar- und Sekundarzeit. Zurzeit befindet sie sich überdies an der Schauspielschule, die sie als schwierig

empfindet. In dieser neuen, speziell herausfordernden Lebenssituation funktioniert ihre bewährte Ressource, das Autogene Training, als Bewältigungsstrategie nicht mehr. Auffällig ist, dass Alexandra darauf verzichtet, ein explizites Anliegen an den Therapeuten beziehungsweise die Psychotherapie zu richten. Unmittelbar an die Eröffnung legt Alexandra eine Auswahl weiterer Problemfelder vor, die alle miteinander verknüpft sind: 1. (Prüfungs-)Ängste, 2. Ambivalenz gegenüber der Ausbildung/dem Beruf, 3. der Wunsch, immerzu Anerkennung zu erhalten und damit verbundene Selbstzweifel, sobald die Bestätigung von aussen einmal ausbleibt, sowie 4. die Angst vor der anstehenden Abschlussprüfung. Alle diese Aspekte werden von ihr zunächst nur kurz beschreibend gestreift und dann, weil der Therapeut interessiert nachfragt, mit Beispielen untermauert.

Dieser nimmt nach einigen Minuten von sich aus und ohne Kontextbezug eine Auswahl (Ängste, Wunsch nach Anerkennung) vor, und signalisiert damit, wo er die Schwerpunkte setzt. Dabei unterläuft ihm eine kleine Unachtsamkeit, denn er überhört, dass Alexandra sich nicht einfach Anerkennung, sondern eben *immer* Anerkennung wünscht. Weniger die Angst vor dem Scheitern, sondern das Streben nach Perfektion und Auszeichnung vor anderen (Konkurrenz, Vergleich) deutet sich hier an. Sein überprüfendes Nachhaken, ob Alexandras schauspielerische Leistungen objektiv für gut oder genügend (sie besteht die Prüfungen) befunden werden, trifft den Kern der Problematik deshalb nicht ganz (jedoch wird er das Thema des Vergleichs später wieder aufnehmen).

Es ist dann Alexandra selbst, die das Thema der Konkurrenz (Z 401: «konkurrenzdruck») aufbringt. Zunächst stellt sie es allerdings nicht als ihr persönliches Problem, sondern als typisches Charakteristikum der Schauspielausbildung dar, um später einzuwenden, dass man sich die Konkurrenz «ja eigentlich selber» (Z 428f.) mache. Hier setzt die nächste therapeutische Intervention ein: Der Therapeut verleiht Alexandras Kommentar Nachdruck, indem er ihre aktive Beteiligung herausstreicht (Z 430ff.: «indem sie vergleichen ... und sich messen»). Aus der externen Attribution (die Ausbildung fördert den Wettbewerbsgedanken) wird damit eine interne ('ich bin diejenige, die zum Rivalisieren neigt'). Seine Intervention zum Ende des Gesprächs hin (Z 981f.: «man kann sich ja fragen ob ... sie so konkurrieren müssen!») ist als logische Konsequenz also bereits hier angelegt. Durch seine klärungsorientierten Nachfragen vertieft Alexandra das Thema mit weiteren Erzählungen und Beschreibungen, die in empathischer Resonanz aufgenommen werden.

Die zweite Runde der Problemklärung gestaltet sich wie ein klinisches Interview. Der Therapeut lässt sich zunächst den Grund für Alexandras Erscheinen, das 'extreme Tief', auf Ebene der Symptome beschreiben, stellt sodann eine weitere klinische Frage zur Schlafqualität, um schliesslich anamnestische Fragen zu den Ängsten in der Schulzeit, zu ihrer Herkunft, ihrem Verhältnis zu den Eltern, der aktuellen Wohnsituation und der Zufriedenheit mit der Beziehung zu ihrem Freund zu stellen. Ein echtes, dialogisches Miteinander-sprechen und eine *Problembearbeitung* sind hier nicht möglich. Das oberflächliche und unkommentierende 'Abfragen' dient der Informationsbeschaffung und die abrupten Themenwechsel geben dem Ganzen einen abgehackten, unverbundenen Rhythmus.

Die letzte Viertelstunde des Gesprächs dreht sich um die Fokussierung auf einen bestimmten Problemaspekt (Vergleichs-/Konkurrenzfrage) und eine abschliessende therapeutische Stellungnahme dazu: In einer *Reinterpretation* hinterfragt der Therapeut das ausgeprägte Konkurrenzverhalten Alexandras (Z 981f.: «also man kann sich ja fragen ob ... sie so konkurrenzieren müssen!») und bietet ihr einen Perspektivenwechsel an (Z 984f.: «ob nicht jeder letztlich ... einzigartig spielt»). Es ist dies seine markanteste Intervention, weil er hier seine Position explizit kenntlich macht. Mit ihrer Antwort jedoch signalisiert sie, dass es sich nicht lohne, diesen Ansatz weiter zu verfolgen.

14.5.2 Die Klärung des expliziten Anliegens

14.5.2.1 Die Erfragung des Anliegens

Die Thematisierung des Anliegens nimmt nur eineinhalb Minuten in Anspruch und obliegt, wie in der Eröffnungsanalyse indikatorisch festgehalten, dem Therapeuten. Er ist es, der zweimal danach fragt. Aber auch er belässt es dann bei den kurzen Antworten und wechselt kommentarlos das Thema. Von einer *Anliegensaushandlung* oder *-bearbeitung* zu sprechen würde hier zu weit führen.

Auf die erste Frage, wieso sie «grade jetzt!» (Z 435) in die Abklärung komme, nennt Alexandra ein «extremes tief» (Z 437), geht aber vor allem darauf ein, dass sie sich endlich Hilfe suchen müsse, weil sie «das» ihren «Mitmenschen» nicht weiter «antun» könne (Z 445ff.). Ihre Beschreibung der Nervenzusammenbrüche lässt nachvollziehen, weshalb sie in solchen Momenten für ihre Umgebung ausserordentlich belastend sein kann: Die Dramatik des Zusam-

menbruchs (von heftigen Ängsten und Weinen hin zu depressiv anmutender Abgestumpftheit und matter Erschöpfung) – ausgelöst bereits durch Bagatellen und infolgedessen wohl nicht selten – muss erschreckend mitanzusehen sein. Das Anliegen an den Therapeuten beinhaltet folglich auch eine Entlastung des Umfelds.

In der 30. Gesprächsminute erfolgt die zweite Frage zum Anliegen, wobei nicht klar wird, ob an die Abklärung oder an zukünftige therapeutische Gespräche (Z 829ff.: «was würden sie sich denn jetzt hier! erhoffen oder wünschen sozusagen. das ziel aus aus ihrer sicht so ein ziel, der gespräche»). Alexandra nennt zwei inhaltliche Anliegen, die ganz und gar konform mit den in der Eröffnung formulierten Problemen¹⁷ sind: Sie möchte erstens Hilfe bei der Bewältigung beziehungsweise im Umgang mit ihren Ängsten und zweitens eine Entscheidungshilfe bei der Frage, ob sie die Theaterkarriere weiterverfolgen soll oder nicht. Sie geht somit auf drei ihrer vier anfänglich benannten Problemfelder direkt ein (1. Ängste (umfassender), 2. Ambivalenz; 3. Angst vor Abschlussprüfung), nicht aber auf ihren Wunsch, immer Anerkennung zu erhalten. Ihre Wortwahl (Z. 841ff.: «lernen», «umgehen», «wie man sich verhält») lässt darauf schliessen dass ihre Vorstellung von Hilfe mehr auf verhaltenstherapeutische Strategien abzielt, ähnlich dem in der Eröffnung beschriebenen Autogenen Training, das konkrete Handlungsanweisungen beinhaltet. Ein Zugang zu einem mehr hermeneutischen, verstehenden therapeutischen Vorgehen, ein Interesse am Nachdenken über zugrunde liegende (unbewusste) Motive ihrer Probleme lässt sie im Gespräch nie erkennen. So ist wenig erstaunlich, dass sie auch keine Motivation erkennen lässt, sich näher mit ihrem (verbissenen, übertriebenen) Wunsch nach Anerkennung auseinanderzusetzen.

Doch genau dieser Problemkreis hätte es aufgrund seiner Tragweite verdient, als eigenständiges Anliegen explizit genannt zu werden. In ihm sind das Thema des mangelnden Selbstwerts und der Aspekt des erbitterten Rivalisierens enthalten. Diese Schwierigkeiten reichen bis in die Kindheit zurück, wo das übersteigerte Leistungsdenken und das Gefühl mangelnder Selbstwirksamkeit seinen Anfang nahmen. In diesem Problemkreis findet sich die Ursache von Alexandras äusseren Symptomen, mit denen sie besser umzugehen lernen möchte. Dass sie ihm nicht die nötige Aufmerksamkeit schenkt, ist ein Hinweis dafür, dass Alexandras Zu-

¹⁷ Zur Erinnerung: 1. Ängste vor grossen Anforderungen, Prüfungs-/Bühnenangst, Zukunftsängste; 2. Ambivalenz in Bezug auf die Studien-/Berufswahl; 3. Wunsch, immer Anerkennung zu erhalten, Selbstzweifel; 4. Angst/Motivationsprobleme in Bezug auf die Abschlussprüfung.

gang zu ihrer ‚inneren‘ Welt begrenzt ist, beziehungsweise sie die Tragweite ihrer Selbstwertproblematik nicht einzuschätzen vermag.

14.5.2.2 Ein gemeinsames Anliegen kommt nicht zustande

Die therapeutischen Aktivitäten der Problemfokussierung sowie die *Reinterpretation* schliessen unmittelbar an Alexandras Formulierung des Abklärungsanliegens. Sie muten wie ein Versuch des Therapeuten an, der Klientin sozusagen beispielhaft vorzuführen, wie eine gemeinsame psychotherapeutische Arbeit vonstatten gehen könnte. Von allen zu Gesprächsbeginn präsentierten Problemfeldern wählt der Therapeut den einzigen, den Alexandra nicht explizit zum Anliegen erklärt, nämlich den Wunsch nach immerwährender Anerkennung und in diesem Zusammenhang die Problematik des Vergleichens. Auch in seiner Herangehensweise (Selbstreflexion versus Anleitung) hält er sich nicht an das, was Alexandra von der Abklärung erwartet. Sie teilt ihm unmissverständlich mit, dass sie erstens von ihm erlernen möchte, wie man mit den Ängsten umgehen kann und zweitens von ihm eine Hilfe bei der Entscheidung für oder gegen die Schauspielerei möchte. Bei seinem Vorgehen legt er den Schwerpunkt nicht so, wie es gerade eben von der Klientin gewünscht wurde. Er gibt ihr weder konkrete Ratschläge, welche Strategien sich zur Angstbewältigung erlernen liessen, noch begibt er sich mit ihr in eine Diskussion für oder gegen die Schauspielerei. Stattdessen fokussiert er auf das Thema des Rivalisierens und bleibt auch nicht auf der konkreten Handlungsebene (Verhaltensstrategien), sondern will in einem Prozess des Reflektierens («man kann sich ja fragen») Alexandras innere Haltung ergründen. Hier scheint etwas von der psychoanalytischen Orientierung des Therapeuten durch. Indem die intrapsychische Verarbeitung der angstbesetzten Situation verbessert wird, soll indirekt beziehungsweise in der Folge eine Verringerung der Beschwerden eintreten. Diese Verbindung zwischen den Themen macht er jedoch nicht transparent. Dadurch divergiert seine Haltung in der Bearbeitung eines Problems zu stark von der seiner Klientin. Dies gilt sowohl in der Themensetzung (der Wunsch, immer Anerkennung zu erhalten und damit verbunden ihr Rivalisieren ist das einzige Problemfeld, das Alexandra nicht zum Anliegen erklärt) als auch in der Herangehensweise (Selbstreflexion versus Verhaltensstrategien). Was hier fehlt, ist das Verbindungsstück zwischen seiner (psychoanalytischen) Sichtweise und der ihren. Vielleicht auch deswegen entwickelt seine Intervention zu wenig Kraft, um Alexandras Motivation zu wecken, sich eingehender mit den unverständenen, unbewussten Anteilen ihrer Persönlichkeit auseinander zu setzen. Folglich finden sich die beiden nicht in ihren Vorstellungen eines inhaltlichen Anliegens.

Zum besseren Überblick ist der Gesprächsverlauf in der folgenden Tabelle noch einmal stichwortartig festgehalten:

Problembearbeitung	Anliegensklärung
<p><u>Auslegeordnung (ca. 15 min)</u></p> <p>A benennt vier Problemfelder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ängste vor grossen Anforderungen, Prüfungs-/Bühnenangst, Zukunftsängste; 2. Ambivalenz in Bezug auf die Studien-/Berufswahl; 3. Wunsch, immer Anerkennung zu erhalten, Selbstzweifel; 4. Angst/Motivationsprobleme in Bezug auf die Abschlussprüfung. <p>T fragt zu allem interessiert nach, zeigt sich empathisch mitvollziehend</p> <p><u>T nimmt erste Selektion vor:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ängste 2. Wunsch nach Anerkennung, daraus ergibt sich das Thema des Rivalisierens 	
	<p>Erste Frage zum Anliegen (35 sek)</p> <p>T: «wieso sind sie grade jetzt! hierhergekommen» (Z 435)</p> <p>A: a) extremes Tief, b) 'das kann ich meinen Mitmenschen nicht länger antun' (Z 447)</p>
<p>Breite Suchbewegungen (ca. 15 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> - symptombezogene Erfassung des 'Tiefs' - klinische Anamnese: Schlaf - anamnestiche Fragen zu Schulängsten, Verhältnis zu Eltern - Sozialanamnese: Wohnsituation, derzeitige Beziehung 	
	<p>Zweite Frage zum Anliegen (56 sek)</p> <p>T: «was würden sie sich denn jetzt hier! erhoffen oder wünschen sozusagen. das ziel aus aus ihrer sicht so ein ziel, der gespräche» (Z 829ff.)</p> <p>A: 1. lernen, mit Ängsten umzugehen; 2. Entscheidungshilfe für oder gegen Theater</p>

Demonstration psychotherapeutischen Arbeitens (ca. 10min)	
--	--

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Problemfokussierung: Vergleich, Rivalität- <i>Reinterpretation</i>: Infragestellung des Rivalisierens- Das Angebot zum Perspektivenwechsel wird nicht angenommen. | |
|---|--|

Tabelle 4: Kurzdarstellung des Gesprächsverlaufs des Falls 'Alexandra'

14.5.3 Das implizite Anliegen an die therapeutische Beziehung

Orientiert man sich an den aktuellen, aus der Säuglings- und der Psychotherapieprozessforschung gewonnenen Erkenntnissen, wonach seelische Heilung durch Modifikationen des impliziten Beziehungswissens zustande kommt (Nahum, 2002; Stern et al., 2001; Stern et al., 1998), so wird umso wichtiger, den Beziehungsaspekt eines Problems zu erkennen. Dieser kann zum einen durch Schilderungen der äusseren Objektbeziehungen, zum anderen durch die Beobachtung des Verhaltens im Abklärungsgespräch erschlossen werden. Er gibt auch Aufschluss darüber, welche Art von therapeutischer Begegnung sich Klient/innen von ihren Therapeut/innen erhoffen.

14.5.3.1 Schonung und Harmonie: Die Abwehr der Aggression

In ihrer Funktion als Emotionsregulierung dient Lächeln und Lachen der Abwehr schlecht aushaltbarer Gefühlszustände. Bei Alexandra wird augenscheinlich, dass die Ratsuchende bereits durch das Berichten ihrer Probleme an der emotionalen Überforderung angelangt ist und eine weitere Steigerung der Konfliktspannung nicht ertragen würde. Sie ist während des Gesprächs sehr darum bemüht, emotional nicht 'einzubrechen' und bedarf folglich der Schonung. Die Zurückhaltung des Therapeuten, verbal kreditierend auf sie einzuwirken, ist somit unter anderem ihrer defizitären Selbstregulierungsfähigkeit geschuldet.

Des Weiteren vollzieht die Klientin eine machtvolle 'Charmeoffensive', der sich der Therapeut, je länger das Gespräch dauert, immer weniger entziehen kann. Lächeln und Lachen haben einen stark interaktiven Effekt. Man wirkt beschwichtigend und erreicht eine Aggressionshemmung beim Gegenüber (Krause, 2012, S. 137 & S. 188). In der Art und Weise, wie Alexandra die Interaktion mit dem Therapeuten nonverbal gestaltet, signalisiert sie implizit, wie mit ihr umgegangen werden soll, nämlich freundlich, angenehm und nicht zu kritisch oder herausfordernd.

Lächeln und Lachen wirken ausserdem sehr ansteckend. Der Therapeut reagiert in der Anfangsphase denn auch wie ein 'empathischer Laie', das heisst er verhält sich den 'Lächelangeboten' Alexandras auf der Verhaltensebene entsprechend reziprok. Zwar versucht der Therapeut durchaus, sich nonverbal nicht in Alexandras Abwehr negativer Gefühle verstricken zu lassen. Auf die von Alexandra initiierten PAMs reagiert er in der Arbeitsphase mehrheitlich abstinenter, also durchaus kreditierend. Jedoch verliert sein anfänglich noch situationsangemessener, also zum Besprochenen passender mimischer Ausdruck mit zunehmender Gesprächsdauer an Variationsbreite. Fragen und Paraphrasen mit schwierigem Inhalt bettet er regelhaft in dissonant aufmunterndes Lächeln ein und verstärkt damit fortlaufend das (Abwehr-)Lachen der Klientin, sicher ohne sich dessen bewusst zu sein. So findet sich hier eine Dissoziation zwischen dem passiven Reagieren und der aktiven Initiierung, eine gemäss Krause (2012) durchaus häufige Form des Scheiterns einer abstinenter, neutralen therapeutischen Haltung. Es ist zu vermuten, dass der gut ausgebildete Therapeut die fehlende Aggression und charmante 'Maske' Alexandras durchaus wahrnimmt. Er ist aber selbst dabei, das Lachen der Klientin fortlaufend zu verstärken, indem er seine eigenen Interventionen stets lächelnd darbringt. Da sich das eigene interaktive Verhalten weitgehend der Kenntnis entzieht (ebd., S. 158), kann es wohl sein, dass ein Therapeut kräftig am Agieren seiner Gegenübertragung ist, ohne das Geringste davon zu bemerken. Umgekehrt ist es ein Stück weit normal und angemessen, dass Therapeut/innen sich zu Beginn einer Therapie, und so auch im Erstgespräch, von ihren Patient/innen und deren Abwehrbewegungen 'verwickeln' lassen (Hinz, 2002; Krause, 2012). Mehr noch, diese Geschehnisse sind unausweichlich und notwendig – der Therapeut kann der schieren Menge der Beziehungsangebote gar nicht widerstehen, ohne abweisend zu wirken, und *muss* darum lächeln. Die Verstrickung in der Abwehr Alexandras muss in Ansätzen geschehen, weil es gleichsam bedeutet, das implizite Beziehungsanliegen Alexandras ein Stück weit zu erfüllen. Die Zurückweisung der angebotenen Rolle würde bei dieser Klientin eine zu grosse Destabilisierung bedeuten.

Komplementär zu Alexandras Beziehungsanliegen lässt der Therapeut empathisches Einfühlungsvermögen erkennen, was zum Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung beiträgt. Die wesentlichen Aspekte der therapeutischen Beziehungsgestaltung hält er hoch: Empathie, Akzeptanz, Respekt und Wertschätzung. In seinen Interventionen wird deutlich, dass er *ihre* Sichtweise zu verstehen versucht. Der einzige Versuch, wo er eine andere Perspektive vorschlägt (die *Reinterpretation*), wird von der Klientin nicht goutiert. Er verfällt daraufhin nicht ins Diskutieren, lässt sich nicht in inhaltliche Argumentationen verstricken, will ihr keine

Meinung 'aufdrücken', sie nicht überzeugen. Es gibt keine Situation, in der sich Alexandra in ihrem Selbstwert bedroht oder destabilisiert fühlen muss. Sein ganzes Bestreben ist darauf ausgerichtet, zunächst einfach zu verstehen, was Alexandras Problem und Anliegen sein könnte. Dem Therapeuten gelingt es also, in Einklang mit ihrem Beziehungsanliegen, sich durch seine Resonanz als verständnisvolles, empathisches und akzeptierendes Objekt zu präsentieren. So erschaffen beide zusammen eine zugewandte, warme Atmosphäre. Eine produktive Arbeitsatmosphäre, in der Perspektiven und Vorstellungen hinterfragt und heikle, unbewusste Aspekte erkundet werden könnten, stellt sich wiederum aufgrund der oben geschilderten Aggressionshemmung nicht ein.

Die Tatsache, dass Alexandra für ein weiteres Gespräch erscheint, zeigt, dass sich die therapeutische Beziehung zwischen den beiden für eine Abklärung angemessen ausgestaltet: Sie ist tragfähig genug, dass die Klientin Vertrauen fassen und sich in weiteren Abklärungssitzungen mit ihrem Problem auseinandersetzen kann. Zudem soll das Bild von Therapie positiv vermittelt werden.

14.5.3.2 Das ambivalente Verhältnis zu Hilfe und Unterstützung

Ein weiterer Themenkreis ist für das Anliegen an eine Therapie beziehungsweise an eine therapeutische Beziehung immanently wichtig. Es geht um Alexandras zwiespältiges Verhältnis zu äusserer Hilfe und Unterstützung. Diese Thematik ist noch relativ bewusstseinsfern. Dafür spricht, dass Alexandra diese nur ansatzweise als Problem verbalisieren kann und sich nur indirekt über ihre Beschreibung naher Bezugspersonen und über Erzählungen erschliessen lässt.

Wie schon in der Beschreibung des Verhältnisses zur Mutter (Z 757: «fels! in der brandung!») steht auch bei der Einschätzung der Zufriedenheit mit ihrer Liebesbeziehung das Thema der Unterstützung im Vordergrund (Z 819f.: «ohne ihn hätte ich wahrscheinlich schon längst die schule geschmissen»). Wie intensiv sie sich auf ihre nahen Bezugspersonen stützt, deutet sie mit der Bemerkung an, 'das' ihren 'Mitmenschen' nicht länger 'antun' zu können (Z 445f.).

Folgende Beziehungsaspekte in Alexandras Erzählungen von Vergangenem und Gegenwärtigem lassen sich zu einer maladaptiven Beziehungsdynamik in Anlehnung an das zyklische maladaptive Beziehungsmuster (Strupp & Binder, 1984; Weiss & Sampson, 1986) zusam-

menfügen: Sie selbst nimmt sich als hilflos war (Matheprüfungen, Vorträge) und zeigt dies durch Ängste und Nervenzusammenbrüche an. Andere (z. B. die Mutter, der Freund) nehmen sie deswegen ebenfalls als hilflos war und fühlen sich verpflichtet, unterstützend präsent zu sein. Die ihr somit zugute kommende Unterstützung mag Alexandra zwar über die nächste Herausforderung hinweg helfen, zementiert in ihr jedoch das Gefühl mangelnder Selbstwirksamkeit (Z 698ff.: «dass eigentlich nie ein ergebnis pur von mir gewesen ist») und erhöht die Zweifel an den eigenen Fähigkeiten. Dies führt dazu, dass beim nächsten Ereignis die Krise durch die Angst vor dem drohenden Scheitern bereits vorprogrammiert ist. Die Balance zwischen dem Wunsch nach Hilfe durch ein Objekt und dem Bedürfnis, ohne Hilfe von aussen auszukommen, ist folglich konflikthaft gestört. Wird ihr nicht geholfen, so führt dies zu psychischen Zusammenbrüchen. Wird ihr aber geholfen, so nimmt sie die Unterstützung nicht unbedingt als hilfreich war. Sie erreicht so zwar die äusseren Ziele, muss sich dabei jedoch als inkompetent wahrnehmen. Sie zweifelt an den eigenen Fähigkeiten und entwickelt in der Folge noch mehr Angst vor der nächsten Anforderung. Der Therapeut muss nun auf der Hut sein, sich nicht mit wohlmeinenden, anleitenden Interventionen in dieses Muster einzufügen. Aus diesem Dilemma gibt es vermeintlich keine Lösung, es sei denn, diese wird aktiv angesprochen, das heisst bewusst gemacht. Nur indem es zum Thema gemacht wird, kann Alexandra das maladaptive Beziehungsmuster auflösen.

Dieses konfliktbehaftete Verhältnis zur Hilfe sollte der Therapeut im Auge behalten: Der Wunsch nach einer haltenden, fürsorglichen Unterstützung wird deutlich in der Selbstpräsentation von Alexandra gezeigt und sogar explizit ausgedrückt. Gleichzeitig darf Hilfe nicht bewirken, dass Alexandra an ihrer Eigenständigkeit zu zweifeln beginnt. Vielleicht ist Alexandras Verzicht auf eine Anliegenformulierung in der Eröffnung vor diesem Hintergrund nun besser zu verstehen: Andauernd auf äussere Hilfe angewiesen zu sein, kann kränkend sein, weil es die Eigenständigkeit untergräbt. Und dennoch muss Alexandra den Therapeuten dazu bringen, ihr hilfreich zur Seite zu stehen. Zum einen beschreibt sie deswegen ihre Verzweiflung, Hilf- und Orientierungslosigkeit ausführlich, zum anderen arbeitet sie hart an der Entstehung einer angenehmen Gesprächsatmosphäre und stimmt das Gegenüber mit ihren Lächelangeboten milde. Sie zeigt sich selbst sozusagen von ihrer angenehmsten Seite. Sie *beschreibt* zwar Schwierigkeiten, aber sie *ist* nicht schwierig. Sie antwortet kooperativ, erzählt viel, die Körperhaltung ist zugewandt und offen, sie blickt den Therapeuten oft an, lacht charmant und schmunzelt häufig. Man könnte sagen, dass sich die Angst vor Zurückweisung interaktionell darin zeigt, dass sie sich ausgesprochen angenehm und liebenswürdig präsen-

tiert. Dass Ärger nicht sein darf, zeigt sich überdies daran, dass er in den Schilderungen nie auftaucht. Sogar dann, wenn Neidgefühle beschrieben werden, nennt sie als Affekt (unpassenderweise) die Eifersucht. Doch erst die Analyse der Mimik lässt die (auch interaktionelle) Abwehr der Aggression in all ihrer Deutlichkeit zutage treten. In ihrem mimischen Verhalten ist das beschämte oder peinlich berührte Lächeln, Lachen und Blickverhalten sehr zahlreich und taucht passenderweise immer dann auf, wenn sie über eigene Unzulänglichkeiten und Schwierigkeiten spricht. Hinter dem beschämten Lächeln verbergen sich aggressive Impulse. Passend dazu Krauses (2012) Kommentar: «Scham ist nun eine hemmende Emotion, die den Ausdruck von Ärger – aus welchen Gründen auch immer – verhindert» (S. 191).

Alexandra gibt in ihren Schilderungen zwei Beispiele erfolgreicher Hilfestellung, an denen sich der Therapeut bei der Erschliessung ihres impliziten Beziehungsanliegens orientieren kann: Zum einen hat ihr die Aneignung des Autogenen Trainings als Technik geholfen, die sie selbständig lange erfolgreich anwenden konnte; zum anderen nützte ihr die Mathematiknachhilfe, ihre mathematischen Fähigkeiten so weit zu verbessern, dass sie schliesslich gute Leistungen erbringen konnte und sogar Freude am Fach fand. In beiden Fällen wurde sie durch äussere Hilfe in die Lage versetzt, sich selbst zu helfen. Dadurch konnte sich ein Gefühl von Selbstwirksamkeit einstellen. Implizit signalisiert sie hier, was sie sich unter therapeutischer Hilfe vorstellt, nämlich ihre Ressourcen so zu erweitern, so dass sie in Zukunft auch ohne äussere Hilfe Herausforderungen bewältigen kann. Keinesfalls aber darf die Therapie eine Dynamik einnehmen, die sie von einer anderen Person (längerfristig) abhängig macht und ihr Gefühl der Selbstwirksamkeit schmälert, so wie es bei der Mutter, und im Grunde auch beim Freund der Fall ist.

14.5.4 Diagnostische Hinweise: Die latente Problemorganisation

Wie Argelander (1970/2009) schlüssig herleitete, lassen sich aus dem Zusammenspiel von objektiven und subjektiven Informationen zur betroffenen Person und ihrem Leiden sowie szenischen Informationen aus der Beziehungsdynamik in der Therapie die relevanten Hinweise für die psychoanalytische Diagnose gewinnen. In der Analyse des Anliegens drängen sich die hierfür relevanten Erkenntnisse geradezu auf. Und da es in einem Erstgespräch auch darum geht, Ratsuchenden vor dem Hintergrund fachtheoretischer Überlegungen neue Einsichten zu ermöglichen, ist es sinnvoll, sich nebst dem Anliegen ebenfalls mit der latenten Problemorganisation einer Klientin oder eines Klienten zu befassen. Letztendlich bedeutet

die Aushandlung eines gemeinsamen Anliegens nichts anderes, als die Klientenperspektive (Anliegen) und die Expertenperspektive (Diagnose) zu einer gemeinsamen Arbeitsgrundlage zusammen zu bringen.

14.5.4.1 Histrionische Tendenzen

Jenes Gefühl: ‚Ich bin der Mittelpunkt der Welt!‘ tritt sehr stark auf, wenn man plötzlich von der Schande überfallen wird; man steht dann da wie betäubt inmitten einer Brandung und fühlt sich geblendet wie von einem großen Auge, das von allen Seiten auf uns und durch uns blickt.

Friedrich Nietzsche, Morgenröte, 4. Buch, 352. Zentrum

Die konflikthafte Verarbeitung des exhibitionistischen Bedürfnisses

Es zeichnet sich bereits zu Gesprächsbeginn ein diagnostisch wichtiger Themenkreis ab. Er deutet sich in der Ambivalenz gegenüber der Schauspielerei an. In ihren Erklärungen führt Alexandra fast nur Gründe *gegen* ihre Berufswahl auf. Diese hängen mit ihren Selbstzweifeln zusammen, die durch die ständige Bewertung, die nun einmal zu diesem Beruf gehört, andauernd aktiviert sind. Ein gewichtiger Grund *für* die Schauspielerei wird ebenfalls erwähnt: Es ist die Freude, sich vor anderen auf der Bühne zu präsentieren. So sagt sie, dass es «extrem schön» sei, «auf der Bühne zu stehen» (Z 119ff.). Es ist nicht unbedingt das *Schauspiel* an sich, das die Anziehung zum Beruf ausmacht – die vorbereitende Auseinandersetzung mit einer Theaterrolle macht ihr überhaupt keine Freude, obwohl dort ja bereits 'gespielt' wird. Stattdessen benennt sie ausdrücklich den Bühnenauftritt als Hauptgrund, der sie in der Ausbildung hält. Was sich hier abzeichnet, ist die histrionische Seite ihrer Persönlichkeit, die sich klassischerweise im übermässigen Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, Bestätigung, Anerkennung und Lob äussert (Dilling et al., 2016). Das Histrionische offenbart sich auch an ihrem charmananten Auftreten im Erstgespräch, und äusserlich an dem etwas zu tiefen Decolletée, das sich nicht ignorieren lässt, der (fast zu theatralischen) Schminke sowie nonverbal am flirten-den Lachen und der leicht übertriebenen affektiven mimischen Expressivität. Es ist schwierig, vor allem für einen (heterosexuellen) Therapeuten des anderen Geschlechts, sich dieser Verführungskraft zu entziehen und sich nicht in die charmante Abwehr verwickeln zu lassen.

Gleichzeitig ist sich Alexandra der negativen Seite ihrer ständigen Suche nach Aufmerksamkeit und Applaus bewusst, wenn sie sagt, dass es für die Schauspielerei Exhibitionismus und

Eitelkeit benötige. Ausgerechnet zwei höchst negativ belegte Begriffe kommen hier zur Verwendung. Der Exhibitionismus bezeichnet in erster Linie eine als Perversion definierte Sexualpraktik und die Eitelkeit galt in konservativ-kirchlicher Tradition als eine der sieben Todsünden. Hier wird sichtbar, was nicht sein darf und – deswegen – nicht sei (sie sagt, dass ihr diese Eigenschaften manchmal fehlen). Sie weiss um die unschöne Seite des Theaterberufs und phantasiert von einem 'einfachen' Leben, «wo man nicht die ganze zeit muss an sich selbst herumgrübeln ... wie stehe ich jetzt, wie habe ich mich jetzt bewegt, wie ist meine stimme, ... wie ist meine präsenz» (Z 285ff.). Am Problem der Ambivalenz zeigt sich recht deutlich, dass ihre histrionischen Bedürfnisse konflikthaft belegt sind. Sie möchte die Erfüllung haben (den Applaus auf der Bühne), jedoch nicht den Preis dafür bezahlen: die Anstrengung, die es benötigt, um tatsächlich ständig für die eigene Leistung gefeiert zu werden sowie das Aushalten der Entblössungsängste.

Ihre Tendenz zu Egozentrik und Theatralik äussert sich in ihren Leidenssymptomen, das heisst an den dramatischen Nervenzusammenbrüchen und Krisen, mit welchen sie auch ihr Umfeld in Aufregung versetzt und diesem einiges abverlangt.

Die kognitive Verschiebung: Ersetzung der Scham-Angst durch Vermeidungs- und Existenzängste

Das beständige Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Applaus lässt die Klientin das Rampenlicht suchen. Sich zu zeigen ist dabei jedoch immer auch mit Angst verbunden. Die Vorstellung einer bevorstehenden Blossstellung weckt die Angst vor Beschämung (Z 144f.: «schauen einem die leute gern zu oder ist man peinlich auf der bühne»). Wenn Alexandra sich nun vor Publikum präsentieren möchte, wohnt diesem Wunsch auch die Angst inne, verlacht oder verurteilt zu werden. Auch in ihrem nonverbalen Verhalten zeigt sie Anzeichen von Beschämung, wenn sie von ihren Unsicherheiten und Unzulänglichkeiten berichtet. Bereits das Eingeständnis vor dem Therapeuten, nicht vollkommen zu sein, weckt Scham).

Wie Tiedemann (2007) zum Thema *Die intersubjektive Natur der Scham* schreibt, handelt es sich dabei um einen Affekt, der nur in seltenen Fällen direkt verbalisiert werde. Wenn man sich schäme, versuche man im Gegenteil über diese Scham hinwegzugehen, sie zu verdrängen und sie durch ein anderes, weniger unangenehmes Gefühl zu ersetzen. So erscheine Scham thematisch zumeist indirekt in ihrer Maskierung und Verhüllung beispielsweise in

Form von Ängsten. Diese Ausführungen passen zu Alexandras psychischer Verarbeitung: Als Abwehrbewegung findet eine Verschiebung statt. Auf Nicht-Gelingen, zum Beispiel beim Einüben von Produktionen, reagiert Alexandra nicht mit Beschämung, sondern entwickelt zahlreiche Ängste. Anstatt sich mit dem Gefühl auseinanderzusetzen, wie schwierig es ist, sich der Scham zu stellen und manchmal auch harsche Kritik auszuhalten, ohne sich davon zerstören zu lassen, verliert sie sich zum einen in Vermeidungsängsten (nicht mehr in die Übungsräume zu gehen, nicht mehr auf die Bühne zu wollen). Zum anderen versucht sie durch Reaktionsbildung die unangenehmen Gefühle von sich fernzuhalten: Aus dem 'wollen die mich auf der Bühne sehen' (Kompetenz vs. Inkompetenz) wird ein 'will ich diesen Beruf überhaupt' (Lust vs. Unlust). Ihre Zweifel an der Berufswahl dienen folglich vielmehr dem Zweck, sich den eigenen Ängsten und der drohenden Beschämung durch Unzulänglichkeit und Scheitern nicht stellen zu müssen. Sie kann sich den passiv erlittenen Insuffizienzgefühlen phasenweise entziehen, indem sie an deren Stelle in aktiver Reflexion ihre Berufswahl entwertet und über eine Alternative nachdenkt. Mathys et al. (2013) beschreiben dies treffend in der Analyse des Narrativs 'Eine Woche Ferien': «Nicht ihre Kompetenz als Schauspielerin entscheidet darüber, ob sie den Beruf ausüben kann, sondern sie präsentiert sich so, als ob sie frei wählen könnte» (Abs. 40). Somit scheint ihre Ambivalenz der Schauspielerei gegenüber etwas weit hergeholt. Es ist davon auszugehen, dass sich diese von selbst verflüchtigen wird, sobald sie die nötige äussere Bestätigung erhalten wird.

Der schlechte Selbstwert in der histrionischen Problematik

Mit der histrionischen ist auch eine Selbstwertproblematik verbunden. Ihr Wunsch, *immer* Anerkennung zu bekommen verdeutlicht, wie Alexandra ihr Selbstwertgefühl an äusseren Rückmeldungen und am Vergleich mit anderen festmacht. Auch auf mimischer Ebene zeigt Alexandra deutliche Anzeichen selbst(wert)bezogener Emotionen wie Verlegenheit und Beschämung. Auf Symptomebene wiederum äussert sich die Selbstwertproblematik in Form von Ängsten. Diese werden durch Alexandras ausgeprägten Wunsch nach Anerkennung, ihre Tendenz, Situationen aus einer Perspektive der Leistungsorientiertheit und Rivalität zu betrachten, sowie ihre massiven Selbstzweifel getriggert. Um ihnen vorzubeugen, leistet sie übermässige Anstrengungen. So erstaunt es nicht, dass die Studentin ihre Ausbildung als ausgesprochen kräftezehrend empfindet.

Das Thema der Anerkennung ist zwar bewusstseinsnah und wird dementsprechend lebhaft geschildert. Ob Alexandra das Ausmass ihrer Selbstwertproblematik in der Gänze erfasst und sie als Ursache ihrer pathologischen Ängste erkennt, ist zweifelhaft. Dieser Zusammenhang wird weder von ihr noch vom Therapeuten angesprochen. Die Selbstzweifel werden als Folge schwieriger äusserer Umstände betrachtet, aber nicht als Ursache der Probleme (weshalb die Selbstwertproblematik noch zum latenten Problem zählt). Ein Hinweis darauf, dass der schwach ausgeprägte Selbstwert ursächlich wirkt, zeigt sich in Situationen, in denen Alexandra tatsächlich Anerkennung und Applaus für ihre Leistung erhält. Das gute, selbstwertfördernde Gefühl hält nicht lange an, und Alexandra schlägt sich bereits wieder mit Ängsten und Selbstzweifeln herum.

Die auslösenden Situationen für Alexandras Selbstwerteinbrüche sind spezifisch auf den Leistungsbereich begrenzt (früher: Schule; heute: Schauspielschule). Man fragt sich, wie ein solch übertriebener Leistungsanspruch entstehen kann. Ein Hinweis findet sich in der wohlmeinenden mütterlichen Unterstützung bei Alexandras schulischen Verpflichtungen (Z 689ff.: «dass mir dann meistens meine mutter geholfen hat weil ich irgendwie so am ende gewesen bin. ... so dass eigentlich nie ein ergebnis, pur von mir gewesen ist. also dass ich jetzt habe sagen können ja ich habe es ja selber gemacht und ist gut gewesen»). Darin widerspiegelt sich die Angst der Mutter vor dem Scheitern der Tochter. Was wäre so schlimm daran gewesen, die Tochter selbständig ihre schulische Arbeit erledigen zu lassen – in einem Alter (Mathematik, Vorträge), in welchem die meisten Kinder fähig sein sollten, ihre Aufgaben selbständig erledigen – mit dem Risiko, dass jene mit einer schlechten Note nach Hause kommen würde? In der besten Intention, die Leistungsängste der Tochter zu mildern, trägt die Mutter zu deren Verstärkung und Beständigkeit bei. Es kommt zu einer Art *circulus vitiosus*, bei der sich Ursache und Wirkung gegenseitig verstärken.

Die narzisstisch gefärbte Abwehr der Scham: Neid und Perfektionismus

Die Diskrepanz zwischen dem, wie Alexandra gesehen werden will und wie sie sich selbst in der Tiefe ihres Selbstgefühls wahrnimmt, schafft den Boden für eine starke Schambereitschaft und für andere, mit ihr verbundene, narzisstische Affekte wie zum Beispiel Neid. Als sie von ihrer Kommilitonin erzählt, die den Solopreis gewonnen hat, kann sie ihren Ärger nicht ganz unterdrücken und gesteht neidvolle Gefühle ein, wenn auch unter einem anderen Begriff (Eifersucht). Dieser ist jedoch falsch gewählt, denn nicht das (von Angst getriebene)

Ringen um eine geliebte Person, sondern der (von aggressiver Energie getragene) Wettbewerb um Erfolg und Anerkennung steht hier im Vordergrund. Dazu Krause: «Wenn Scham und Wut gleichzeitig aktiviert werden, entwickelt sich eben das Ressentiment. Missgunst also ist ein impotenter Ärger» (Krause, 2012, S. 191). Wurmser (1998) weist darauf hin, dass dem Neidgefühl immer ein bewusstes oder unbewusstes Gefühl «schmerzhafter Ungleichheit» (S. 308) anhaftet. Dies führt Alexandra ja auch aus, indem sie ihre klassisch-kühle Bühnenpräsenz mit der warmen, sympathischen Ausstrahlung des 'Strahlekindes' (Z 1028) vergleicht – ein Vergleich, der im Grunde wenig Sinn ergibt, da auf der Bühne unterschiedliche Typen gefragt sind, den sie jedoch anführt, um ihr relatives Defizit kenntlich zu machen und im Vergleich schlechter abzuschneiden.

Eine weitere narzisstisch gefärbte Abwehrstrategie ist es, die Scham durch Perfektionismus zu meistern (Tiedemann, 2007). Bereits in der Primarschule zeichnet sich die perfektionistische Haltung ab, wenn Alexandra sich nicht fähig sieht, einen Vortrag für den Schulunterricht selbständig vorzubereiten und die Aufgabe nur unter tüchtiger Mithilfe der Mutter vollbracht werden kann. Im Rahmen ihrer Schauspielausbildung wiederholt sich die Problematik. Wenn im Prozess des Entstehens die eigene schauspielerische Darstellung naturgemäss noch nicht perfekt ausgearbeitet und Kritik als förderliche Rückmeldung zur Korrektur und Verbesserung an der Tagesordnung ist, sieht sich Alexandra in logischer Konsequenz mit den heftigsten Ängsten und Selbstzweifeln konfrontiert.

Auch folgende Erklärungen sind in Bezug auf Alexandras Perfektionismus aufschlussreich: «ich //(?:kann nicht) einfach so am laufband kreativ sein» (Z 229); «also es gibt gewisse leute die gehen dann einfach in diesem beruf auf ... haben nur noch das und werfen sich einfach so in dieses, bühnenleben hinein. und das-s habe ich irgendwie nicht» (Z 234ff.); «wo man irgendwie nicht die ganze zeit muss an sich selbst herumgrübeln und an sich herumarbeiten und. wie stehe ich jetzt, wie habe ich mich jetzt bewegt, wie ist meine stimme ... wie ist meine präsent» (Z 286ff.). In der Verneinung gibt sie implizit zu verstehen, wie hoch sie den Massstab für ihren Einsatz ansetzt.

Im Perfektionismus – also im Versuch, das eigene Ich-Ideal zu erreichen – sind Fehler fast unerträglich: «Für Perfektionisten gibt es offenbar nur eine Alternative: Schande oder Perfektion» (Potter-Efron & Potter-Efron, 1992, S. 68). So werden die in Alexandras Rede so häufigen Dichotomien zum Wunsch nach Anerkennung (z. B. Z 152f.: «und wenn man ja den //(?:nicht bekommt) irgendwie, das gefühl man ist das hinterletzte und man ist einfach schlecht und

peinlich.») besser verstehbar. Auch bei ihr existieren nur die zwei Lesearten Schande oder Perfektion. Das Menschliche, oder gleichbedeutend damit, die menschliche Unvollkommenheit, ist in ihrer Betrachtung in Bezug auf ihre Leistung nicht vorgesehen beziehungsweise verkörpert das komplette Scheitern und muss in zwanghafter Abwehr der Scham um jeden Preis vermieden werden.

Wie Tiedemann (2007) schreibt, legt die Metapher 'vor Scham im Boden versinken' den Wunsch nahe, unsichtbar zu werden, nicht mehr da zu sein. Es steht dies in Kontrast zum histrionischen Bedürfnis, ganz im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen und tritt dann ein, wenn der grosse Auftritt misslungen und die Beschämung total ist. Ein solches Versinken ist sinnbildlich für die psychische Leblosigkeit und Erstarrung, wie sie bei Menschen oft vorgefunden wird, die von ihren Schamgefühlen geradezu überschwemmt werden. Wenn nun Alexandra darüber klagt, dass sie in ihrer Ausbildung immer dann in eine Krise gerät, wenn sie mit ihrer eigenen Imperfektion konfrontiert wird – und da sie nun einmal nicht den 'Starposten' inne hat (Z 331f.; Z 1028f.), ist das in ihrer Ausbildung oftmals der Fall –, und diese Krise schliesslich damit endet, dass sie «nachher eben einfach gedämpft und matt und, so wie krank halt» (Z 483) sei, dann weist dies auf diese von Tiedemann beschriebene Problematik hin. Das Gefühl der Scham bleibt bei Alexandra zwar verdrängt (beziehungsweise ist durch Ängste und Selbstzweifel ersetzt), die daraus folgende depressive 'Erstarrung' indes wird erlitten und ist für sie und ihre Umgebung sichtbar.

14.5.4.2 Defizite in der Selbstregulierungsfähigkeit und der Regulierung des Objektbezugs

Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs auffällig beeinträchtigt ist Alexandras aktive regulative Leistung, also zum Beispiel die Fähigkeit, eigene Affekte zu steuern. Dies ist nicht nur mimisch erkennbar, sondern auch in ihrer Art, die Probleme zu schildern. Es entsteht der Eindruck, dass die Dinge einfach geschehen würden und das Selbst passiv ausgeliefert und nicht als verantwortlicher Akteur eigener psychischer Vorgänge erscheint. In Alexandras Beschreibung der Nervenzusammenbrüche wird dieses passive Ausgeliefertsein und der Eindruck, dass etwas ausserhalb der eigenen Wirksamkeit abläuft und sie sozusagen 'wegschwemmt', am besten erkennbar: «es fängt eigentlich an mit einer beklemmung ... und versuchen das irgendwie nicht ernst zu nehmen? und versuchen pf: zu finden 'nein nein das, das wirft dich jetzt nicht um', und dann einfach, steigert sich diese beklemmung dann einfach, so stark dass man dann irgendwie einfach zusammenbricht» (Z. 456ff.). Auf mimischer Ebene zeigen sich die Selbstre-

gulierungsprobleme am eindrucklichsten. Das 'Weglächeln' negativer Affekte im Gespräch macht deutlich, wie schwer es ihr fällt, negative Affekte auszuhalten. Ihre psychische Kapazität, sich mit emotional Belastendem auseinanderzusetzen, ist durch die bloße Schilderung ihrer Schwierigkeiten bereits ausgereizt. Es benötigt von Seiten des Therapeuten keinerlei herausfordernde, kreditierende Interventionen, um Alexandras Grenzen der psychischen Belastbarkeit auszutesten.

Beeinträchtigt ist ebenfalls Alexandras Fähigkeit zur Regulierung des Objektbezugs. Betroffen ist dabei unter anderem der Schutz der Beziehung vor eigenen Impulsen. Mit ihrer Bemerkung, dass sie ihre ständigen Krisen ihren 'Mitmenschen' «nicht antun» (Z 447) könne, deutet sie diese Problematik an. In der ungewohnten Situation mit einem noch fremden Therapeuten scheint sie ihre Affekte stärker zu kontrollieren als in ihrem gewohnten Umfeld, also beim Freund oder bei der Mutter. Unter anderem damit lässt sich erklären, weshalb das inadäquate Lächeln zum Leitaffect in der therapeutischen Situation wird.

14.5.5 Wo finden sich Gemeinsamkeiten zwischen Anliegen und Diagnose?

Wenig Interesse lässt Alexandra darin erkennen, sich mit ihrer histrionischen Seite auseinanderzusetzen. Obwohl sie das damit verbundene Problem erkennt ('Sucht nach Anerkennung'), erhebt sie es im Gespräch nicht zum Anliegen und weist auch das Angebot des Therapeuten von sich, sich mit ihrer rivalisierenden Seite auseinanderzusetzen.

Alexandras Anliegen bezieht sich stattdessen zu weiten Teilen auf die Verbesserung ihrer Selbstregulierungsfähigkeiten: Sie möchte lernen, mit ihren Ängsten besser umzugehen und dadurch ihre Objektbeziehungen vor ihren Impulsen zu schützen. Ziel einer Therapie könnte im Einklang damit Folgendes beinhalten: Alexandra kann sich mehr als Urheberin kompetenten Handelns erleben. Triebimpulse können besser integrieren und Befriedigung gesucht, aber auch aufgeschoben oder verlagert werden. Ambivalenzen können besser toleriert und Kompromisslösungen gesucht werden. Auf unbehagliche Affekte muss nicht mehr mit Vermeidung (nicht mehr in den Übungsraum gehen wollen, nicht mehr auf die Bühne wollen) reagiert werden. Das Selbstwertgefühl kann aufrechterhalten bzw. bei Labilisierung besser zurückgewonnen werden.

Dass im Falle Alexandras schliesslich eine Überweisung zu einer Verhaltenstherapeutin erfolgt, ist eine kluge Entscheidung und zeigt die Orientierung am Anliegen an. Ob der anstehenden Abschlussprüfungen ist die konkrete und pragmatische verhaltenstherapeutische Anleitung bei der Bewältigung der Angstsymptome und der Stärkung der Ich-Fähigkeiten (Selbstregulierungsfähigkeiten) sinnvoll und von der Klientin auch so gewünscht. Die Probleme, die Alexandra aus der konflikthafter Verarbeitung ihrer histrionischen Wünsche entstehen, mögen zwar aus klinischer Sicht den Prozess der Selbsterkenntnis wünschenswert machen und sind womöglich auch langfristig notwendig. Dies ist aber offensichtlich nicht das vordringliche Anliegen der Klientin.

14.6 Vergleich mit der Pilotstudie von Mathys et al. (2013)

14.6.1 Konvergenzen

Es erstaunt nicht, dass sich viele der hier ausführlich behandelten Befunde mit denjenigen der Pilotstudie von Mathys et al. (2013) decken. Dies ist zum einen der in Teilen ähnlichen Methodenwahl geschuldet; auch die Pilotstudie behilft sich der Inhalts- sowie der Gesprächsanalyse. Die Konvergenz kann in diesem Sinne als Zeichen der Reliabilität, als Mass für die Genauigkeit beziehungsweise Verlässlichkeit der Ergebnisse verstanden werden.

Mit der Inhaltsanalyse mehrheitlich identisch ist die Erfassung des expliziten Anliegens. Die Sequenzialität wird in der Gesprächsanalyse ebenfalls beachtet und die Aushandlung des Anliegens somit in ihrem zeitlichen Verlauf, ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit, nachvollzogen. Das Ergebnis der Kreditierungsanalyse, dass nämlich der Therapeut sich mit kreditierenden Interventionen zurückhält und dem impliziten Wunsch Alexandras nach einem empathisch-verstehenden, haltenden und anleitenden Gegenüber nachkommt, ist auch eine der Hauptaussagen in dieser Arbeit. Der erzählanalytische Zugang (JAKOB) fragt nach den unbewussten oder latenten Aspekten des Anliegens. Die Mittel der sprachlichen Inszenierung geben Aufschluss über innere Beweggründe und Konflikte. Die Übereinstimmung zwischen der Konfliktformulierung aus JAKOB und den hier vorliegenden Befunden (siehe die Ergebniszusammenführung zu Selbstwert und Scham) ist verblüffend. Zum Vergleich die Fokusformulierung aus der Pilotstudie (Mathys et al., 2013): «Als Fazit des erzählanalytischen Zugangs und vor dem Hintergrund psychodynamischer Überlegungen kann man das implizite Anliegen Alexandras im Erstgespräch wie folgt verstehen: Ich stecke in einem Beschä-

mungsdilemma: Ich möchte brillieren, habe aber Angst, mich zu blamieren. Meine Konkurrenzangst und meine Ansprüche zu imponieren verhindern, dass ich mich auf mich selbst und meine (schauspielerischen) Ressourcen verlassen kann» (Abs. 44).

14.6.2 Divergenz in der Einschätzung der Autarkie im Gesprächsverlauf

Divergente Befunde lassen sich nur wenige finden. Dies ist als Zeichen einer guten Reliabilität der wesentlichen Ergebnisse zu sehen. Mit vier unterschiedlichen methodischen Zugängen haben Mathys et al. (2013) auch eine sehr umfassende Analyse geliefert, der nur noch wenig hinzuzufügen ist. Ins Auge sticht dennoch eine (minime) Divergenz zwischen dem Ergebnis der gesprächsanalytischen Befunde aus der Pilotstudie und den hier vorliegenden Ergebnissen. Die Autoren der Pilotstudie befassten sich gesprächsanalytisch vertieft mit sogenannten 'Brüchen' im Gesprächsverlauf, das heisst Sprecherwechseln, bei denen Schweigephasen auftreten und zunächst unklar ist, wer das Rederecht als nächstes aufnehmen wird. In den ersten acht Brüchen reagiert Alexandra in den fünf Sekunden der Schweigephase jeweils nicht auf die Hörersignale des Therapeuten, worauf dieser die Führung übernimmt und eine Frage, beziehungsweise beim achten Bruch, seine *Reinterpretation* zum Thema des Konkurrierens formuliert. Dass das Gespräch folglich einen Interviewcharakter aufweist, ist auch der Schreibenden aufgefallen. Mit der Interpretation zum neunten und letzten Bruch geht sie mit den Autoren der Pilotstudie nicht einig: Nach einer Schweigephase von 22 Sekunden, wo der Therapeut offenkundig keine Anstalten übernimmt, das Rederecht wieder aufzunehmen, übernimmt Alexandra und teilt eine Erzählung mit. Diese Aktivität interpretieren Mathys et al. so, dass «Alexandra auf die Zumutung des Entzugs fürsorglicher Unterstützung und Strukturierung nicht regressiv reagiert, ... sondern progressiv. ... Beide steigen gegen Ende des Gesprächs aus dem bisher etablierten Interaktionsmuster aus» (ebd., Abs. 56). Hier kommt es nach hier vertretener Auffassung zu einer Überinterpretation: Alleine das beharrliche Schweigen des Therapeuten (22 Sekunden!) ist von einer Art, dass Alexandra gar nichts anderes übrigbleibt, als irgendwann mit Sprechen zu beginnen. Es ist aber nicht einer Veränderung ihrer Haltung geschuldet, sondern dem grossen äusseren Zwang; jede Person hätte so reagiert. Dafür spricht auch, dass Alexandra daraufhin ein Narrativ anführt, das inhaltlich ihre Unfähigkeit unterstreicht, aus dem Leidenszustand herauszufinden.

14.6.3 Ergänzungen durch die Analyse der Mimik

Die relevanten Ergänzungen zur Pilotstudie speisen sich erwartungsgemäss in erster Linie aus der Mimikanalyse, die einen ausgezeichneten Zugang zum affektiven Geschehen bietet. Zwar wird auch mittels anderer methodischer Zugänge manifest, dass Alexandra sehr nach Schonung, Halt und Unterstützung verlangt. Aber erst durch die Analyse des auffälligen Lächelns und Lachens wird die Abwehr der Aggression so deutlich. Mimisch ist auch gut erkennbar, wie der Therapeut empathisch auf Alexandra eingeht und um eine gute therapeutische Beziehung bemüht ist. Sichtbar wird allerdings auch, wie er, je länger das Gespräch andauert, desto stärker ihre Abwehr unangenehmer Gefühle mitmacht, und sich die beiden mehr und mehr in einer wohlgefälligen, aber wenig produktiven Dynamik einfinden. Die sukzessive Verstrickung des Therapeuten in der Abwehr Alexandras hätte ohne die mimische Analyse nicht nachgezeichnet werden können. Diese machte überdies das strukturelle Defizit (Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs) erst sichtbar. Dies ist vielversprechend und es bedarf weiterer Forschung um zu eruieren, ob sich gewisse strukturelle Defizite mithilfe der mimisch-affektiven Analyse erfassen lassen, ähnlich wie die Erzählanalyse JAKOB einen Zugang zur unbewussten Konfliktthematik bietet.

15 Das Erstgespräch 'Christoph'¹⁸

Wie die Fallanalyse 'Alexandra' ist auch die Fallanalyse 'Christoph' in vier Hauptteile gegliedert. In Teil I wird die Eröffnung mitsamt den nachfolgenden vier Redezüge im Detail analysiert (Kap. 15.1) und in Teil II die Grobstruktur des Gesprächs vorgestellt (Kap. 15.2). Teil III gilt der verbalen Verlaufsanalyse und nimmt, der Datenmenge geschuldet, den grössten Teil der empirischen Untersuchung ein (Kap. 15.3). Teil IV ist der Analyse der nonverbalen Kommunikation gewidmet, mit Schwerpunkt auf den mimischen Mustern (Kap. 15.4). Kapitel 15.5 enthält die triangulierende Zusammenführung und Interpretation aller Ergebnisse. Im Schlusskapitel erfolgt die Gesamtbetrachtung unter dem Gesichtspunkt des Anliegens (Kap. 15.6).

15.1 Empirischer Teil I: Die Eröffnung

15.1.1 Zuordnung der Wilke'schen Kategorien und erste Auslegungen

Gesprächskontext: Erste Kontaktaufnahme und Initialfrage

Der Therapeut beginnt das Gespräch, indem er nach der Begrüssung Christoph dabei anleitet, wie er die Mikrophone für die Gesprächsaufnahme anzustecken habe. Dann erklärt er den Gesprächsrahmen: Das Gespräch dauere 50min, wovon die letzte Viertelstunde dazu reserviert sei, «zum bilanz ziehen und schauen, wie das gewesen ist und äh, was es bedeutet so» (Z 8f.). Der Therapeut fällt durch seine Effizienz auf; bereits 30 Sekunden nach Gesprächsbeginn wird die (offen formulierte) Initialfrage an den Klienten gestellt: «ja was: ist ihr anliegen?» Der Begriff des Anliegens wird demnach vom Therapeuten ins Gespräch eingeführt.

¹⁸ Name geändert

Eröffnungssequenz: Erste Ausführung

Zeile(n)	Sprecher ¹⁹	Transkripttext	inhaltliche Kategorie
11	T	ja was: ist ihr anliegen?	Initialfrage
12-26	C	ja also wieso dass ich, jetzt mal angerufen habe mal komme ist: eigentlich etwas das mir schon länger ein bisschen äh, ja probleme gemacht hat und sich jetzt einfach in letzter zeit verstärkt hat. das ist, irgendwo eine antriebslosigkeit die ich habe (+hm) ²⁰ einfach+ ein äh, habe das gefühl ich käme nicht mehr weiter. (ja) vor allem, im studium. (hm) äh wobei das so ein bisschen, eben auch allgemeiner eigentlich geht. und irgendwo habe ich jetzt das gefühl gehabt - ja ich muss ein bisschen einen schritt draus heraus machen oder? (+hm) oder+ versuchen zu machen.	Symptomorientierte Selbstdarstellung (sySD) Steigerung (S) Etikett (E) sySD sySD Zielkommentar (Ko _z)
27	T	hm - [p: 4 sek]	Redezugvakanz

Beschreibung der Kategorien

Symptomorientierte Selbstdarstellung, Steigerung und Etikett

Gleich zu Beginn – ähnlich effizient wie der Therapeut – fasst Christoph den Grund seines Kommens so zusammen, dass sowohl das Etikett («antriebslosigkeit»), die symptomorientierte Selbstdarstellung (das Symptom macht «schon länger ein bisschen äh, ja probleme») sowie eine Steigerung («sich jetzt einfach in letzter zeit verstärkt») darin enthalten sind. Er fügt dem Etikett schliesslich noch etwas hinzu: Die Antriebslosigkeit äussert sich im Gefühl nicht weiterzukommen.

Symptomorientierte Selbstdarstellung

Die Antriebslosigkeit zeige sich «vor allem im studium». Dies wird indes sogleich vorsichtig verallgemeinert («äh wobei das so ein bisschen, eben auch allgemeiner eigentlich geht»). Die Unständigkeit in seiner Sprache («äh», «so ein bisschen», «eben auch», «eigentlich») springt ins Auge und hinterlässt den Eindruck von Unsicherheit.

¹⁹ T: Therapeut; C: Christoph

²⁰ Hörersignale des Hörers beziehungsweise der Hörerin werden, wenn sie den Redezug der sprechenden Person nicht unterbrechen und für die Detailanalyse nicht von Bedeutung sind, in Klammern und kursiv gesetzt, sodass die Leserin und der Leser den jeweiligen Redezug in seiner Geschlossenheit erfassen kann.

Je nachdem, wie umfassend sich die Antriebslosigkeit im Leben eines Menschen äussert, sind andere therapeutische Schwerpunkte gefragt. Aus einem zunächst sehr konkret und übersichtlich gefassten Themenbereich (Antriebsprobleme im Studium) wird etwas Umfassenderes, das jedoch nicht weiter ausgeführt wird. Damit ist bereits angelegt, dass dies vom Therapeuten sicher noch eingehender eruiert wird.

Kommentar (Zielkommentar)

Christoph rundet seine erste Ausführung mit einem Zielkommentar (Ko_Z) ab («irgendwo habe ich jetzt das Gefühl gehabt - ja ich muss einen Schritt draus heraus machen»). Auch hier wieder spricht Christoph «das Gefühl» an und verortet damit seine Intention im emotionalen Bereich. Der «Schritt draus heraus» zeigt das Ziel an, nämlich das Wiederfinden der Dynamik (als Gegensatz zum passiven Verharren in der Antriebslosigkeit). Formuliert wird in der Aktivkonstruktion («**ich** muss einen Schritt draus heraus machen»), in der die eigene Beteiligung herausgestrichen wird. Christoph richtet den Veränderungswunsch zunächst also nicht an die Adresse des Therapeuten, sondern an sich selbst, ohne explizit auf den Wunsch nach psychotherapeutischer Behandlung einzugehen. Zwischen den Zeilen lässt sich das Sich-Herantasten an eine mögliche psychotherapeutische Behandlung erahnen.

Allerdings schwächt Christoph seinen Zielkommentar wieder ab («oder versuchen zu machen»), womit seine Aussage nicht mit der erfolgreichen Überwindung der Symptomatik, sondern nur mit dem Versuch einer solchen endet. Die Angst vor dem Misserfolg beziehungsweise das mangelnde Selbstvertrauen, möglicherweise auch Christophs Zweifel am effektiven Nutzen einer möglichen psychotherapeutischen Behandlung, sind hier implizit feststellbar.

Redezugvakanz

Christoph signalisiert durch sein Absenken der Stimme am Satzende und indem er nach Abschluss seiner Rede den Blick zweimal und länger zum Therapeuten hin richtet, dass er seinen Redezug für abgeschlossen hält. Auch inhaltlich zeigt der Klient mit dem Kommentar an, dass er dem Therapeuten die Handlungsoption und seine Erzählung damit zu einer gemeinsamen Betrachtung übergibt (Wilke, 1992, S. 188). Im Grunde dürfte der Therapeut nun mit seinen Fragen beginnen. Doch der Therapeut nimmt den angebotenen Redezug nicht auf. Es entsteht eine Schweigepause von vier Sekunden. Christoph fährt daraufhin mit seinen Schil-

derungen weiter, er nimmt einen weiteren Anlauf, den Grund seines Kommens differenzierter zu beschreiben. So entsteht eine zweite 'Erzählrunde'.

Eröffnungssequenz: Zweite Ausführung (Z 28-40)

Zeile(n)	Sprecher	Transkripttext	inhaltliche Kategorie
28	C	ja also - ja irgendwo komme ich - sagen wir in sachen wo ich mich selber motivieren muss habe ich, sehr mühe in letzter zeit. (ja) oder es hat sich einfach verstärkt. also ich denke das ist etwas das alle kennen oder? (hm) aber äh, bei mir jetzt wirklich in einem moment wo ich; ich wüsste ich hätte etwas zu tun aber irgendwie schaffe ich es einfach nicht das zu machen. (ja ja -) ja und dass ich irgendwo das vielleicht, ein bisschen besser in den griff bekomme	sySD S S sySD E Ko _Z
41-46	T	hm hm - - vielleicht können sie's noch ein bisschen genauer schildern? so also auch mi- vielleicht mit einer situation die sie gerade letztens erlebt die sie gerade erinnern? wie das vor sich geht. wie das, +was (hm+) was für themen das das sind so,	

Christoph umschreibt sein Symptom ein weiteres Mal (sySD): Die Eigenmotivation wird als geradezu krisenhaft («sehr mühe») erlebt und dies in einem Moment, wo Christoph genügend Arbeit anzugehen hätte. Für die Einordnung in die Kategorie des *Krisensignals* fehlt hier jedoch das Unerwartete und Unbeeinflussbare, das der Krise gemeinhin innewohnt. Schliesslich wird der emotionale Gehalt ohnehin wieder zur reinen *Steigerung* («oder es hat sich einfach verstärkt») umformuliert. Auch der Vergleich mit der Norm wird herangeführt («also ich denke das ist etwas das alle kennen oder?»), als wollte Christoph herausstreichen, dass sein Leiden nicht als abnormal zu werten sei. Vielmehr scheint der Zeitpunkt der Antriebslosigkeit und nicht die Manifestation an sich problematisch («aber äh bei mir jetzt wirklich in einem moment wo ich; ich wüsste ich hätte etwas zu tun»). Das *Etikett*, die Antriebslosigkeit, wird nochmals mit anderen Worten umschrieben: «irgendwie schaffe ich es einfach nicht das zu machen.» Der daran schliessende *Zielkommentar* («ja und dass ich irgendwo das vielleicht, ein bisschen besser in den griff bekomme»), lässt Vermutungen zu Christophs Vorstellung einer Therapie zu: Häufig ist gemeinhin die Annahme verbreitet, antriebslose Menschen würden im Grunde nur über zu wenig Disziplin und Selbstkontrolle verfügen. Etwas ‚in den Griff zu bekommen‘ würde bedeuten, eine Sache besser kontrollieren zu lernen: Als therapeutisches Verfahren,

das nach dem Grundprinzip der Selbstbeherrschung verfährt, würde die Verhaltenstherapie zählen.

15.1.2 Analyse der Kategorienkombination und -anordnung

15.1.2.1 Problem und Anliegen sind verständlich

Das Eröffnungsschema kann nicht als 'gesättigt' gelten, weil Christoph auf die problembezogene Selbstdarstellung (pSD) verzichtet. Der Klient schafft es jedoch, in seiner ersten Ausführung einen im Wilke'schen Sinne ‚vollständigen‘ Redebeitrag (Anordnung: sySD, S, E, sySD, E, Ko_z) zu formulieren. Das heisst er legt dem Therapeuten sowohl ein Problem als auch ein Anliegen dar und gibt jenem damit eine verständliche Antwort auf dessen Initialfrage. Er informiert ihn, dass er an einer Antriebsstörung leidet, die vor allem im Studium ein Problem darstellt aber auch allgemeiner, wobei dies nicht weiter ausgeführt wird. Die psychotherapeutische Abklärung suchte er auf, weil sich diese Symptomatik, die schon länger besteht, in letzter Zeit verstärkt hat und ihm dies gerade im aktuellen Moment, wo im Studium viel zu tun wäre, grosse Mühe bereitet. Weiter wird deutlich, dass sich Christoph aus eigenem Antrieb bei der Praxisstelle gemeldet hat.

Die Antriebslosigkeit hat das Problem bereits in der Begrifflichkeit integriert: Christoph leidet unter der Abwesenheit einer ihn antreibenden Kraft und Motivation. Dies wird dann als besonders leidvoll erlebt, wenn er sich wie momentan im Studium nicht im Stande sieht, die äusseren Anforderungen zu erfüllen. Er erwähnt in diesem Zusammenhang, dass er sich ausserstande sieht, diesen blockierten Zustand aus eigener Kraft zu überwinden.

Sein Anliegen ist auf ein Ziel hin formuliert, nämlich einen Schritt aus der Antriebslosigkeit heraus zu machen bzw. die Symptomatik ‚in den Griff zu kriegen‘. Jedoch formuliert Christoph keine Vorstellungen über den genauen Weg zur Erreichung seines Ziels. Auch richtet er sein Anliegen nicht direkt an die Adresse des Therapeuten, sondern verbleibt in der Aktivkonstruktion («ich muss ein bisschen einen schritt draus heraus machen»; «dass ich irgendwo das vielleicht, ein bisschen besser in den griff bekomme»).

15.1.2.2 Das Fehlen der problembezogenen Selbstdarstellung (pSD)

Christoph verzichtet auf die *problembezogene Selbstdarstellung* (pSD), die Rückschlüsse auf das Problemverständnis, das innerpsychische Erleben, Bewältigungsstrategien oder ähnliches zulassen würde. Stattdessen bleiben seine Ausführungen allgemein gehalten und streng am Symptom orientiert. Damit unterlässt er es, den Therapeuten an seinem Erleben, Fühlen, Verhalten teilhaben zu lassen. Auch aus seinem Kommentar (Ko_Z) wird kein Interesse an der verstehenden Ergründung der Symptomatik erkennbar.

Gleichzeitig nimmt er mit der Bemerkung, sein Problem sei etwas «das alle kennen» würden, dem Symptom das Pathologische und verweist auf sein 'Normalsein'; die Störung wird somit nicht im Subjekt selbst verortet, stattdessen erfolgt eine externe Attribution (Situation) im Sinne des Bonmots 'zur falschen Zeit am falschen Ort'. Es lässt sich folgern, dass sich Christoph Gedanken darüber gemacht haben muss, wie er mit seinem Problem im Vergleich zu anderen da steht. Es zeigt dabei, dass die Einschätzung, ob die Antriebslosigkeit nun normal oder schon pathologisch ist, über den Vergleich mit (anonymen) anderen vorgenommen wird, und weniger über die Orientierung an der eigenen (subjektiven) seelischen Balance. Die reflektierende Auseinandersetzung mit dem Symptom scheint noch nicht weit entwickelt. Vielmehr wird die Symptomatik als unverstandenes, störendes Moment präsentiert. Für das jedoch, was nicht verstanden wird und deswegen nicht fassbar ist, kann kein Lösungsansatz entwickelt werden. Das hat bereits Nothdurft (1984) konstatiert.. Somit ist Christoph seinem Leiden hilflos ausgeliefert.

Indem Christoph nichts über seine ihm eigene, individuelle Erlebens- und Gedankenwelt preisgibt (keine pSD), macht er es dem Gegenüber schwer, ein Gefühl mitvollziehender Involviertheit zu entwickeln. Die persönliche Betroffenheit kann beim Gegenüber mit dieser Art der distanzierten, allgemein gehaltenen und vagen Ausführung und dem Verzicht auf die direkte Adressierung (*Zielkommentar*) nicht geweckt werden. Auch die Bemerkung, dass «alle» Menschen Antriebslosigkeit kennen würden, macht Christophs Leiden austauschbar und lenkt von seiner persönlichen Situation ab. Sein Gesprächsverhalten trägt wenig dazu bei, Nähe und emotionale Beteiligung zwischen den Gesprächspartnern zu schaffen.

15.1.2.3 Die spezielle Anordnung der Kategorien: Scheu vor Direktheit

In Christophs eröffnendem Redezug finden sich mehrere Indizien für eine gewisse Scheu, Themen direkt anzugehen: Erstens beginnt die Anordnung der Kategorien (sySD, S, E, sySD, Ko_z; sySD, S, S, sySD, E, Ko_z) nicht mit der Einführung eines Etiketts, wie dies sonst die Regel ist, sondern mit deren Umschreibung, so als zögere der Sprecher, das Thema auf den Punkt zu bringen. Zweitens sind Christophs Ausführungen sehr allgemein gehalten. Wir wissen, dass er studiert, aber nicht, welches Fach und in welchem Semester. Wir wissen nichts über andere Lebensbereiche, wir wissen nichts über sein emotionales Erleben²¹. Ein drittes Indiz für Christophs Scheu, ein Thema oder ein Objekt direkt zu adressieren, findet sich im Zielkommentar, in dem er sein Anliegen nicht an die Person des Therapeuten oder die Psychotherapie, sondern an sich selbst richtet.

15.1.2.4 Die Manifestation des Symptoms in der interaktiven Gesprächsorganisation

Da der Therapeut keine Anstalten macht, nach der ersten Ausführung Christophs das Rede-recht zu übernehmen, muss jener mit seinem Redezug weiterfahren. Den (Erzähl-)Raum, den ihm der Therapeut zur freien Gestaltung überlässt, könnte Christoph nun dazu gebrauchen, seine Leidenssituation detaillierter auszuführen und mittels Erzählungen ein Bild seines Alltags zu vermitteln. Stattdessen nutzt er seine zweite Ausführung zur starren Wiederholung des eingangs Gesagten ohne nennenswerte thematische Veränderungen und mit fast identischer Anordnung der Inhalte (sySD, S, S, sySD, E, Ko_z). Einzig dem Leidensdruck wird etwas mehr Nachdruck verliehen (die *Steigerung* kommt zweimal vor).

Die Möglichkeiten zur freien Ausgestaltung seiner Rede scheinen blockiert. Das Symptom der Antriebslosigkeit (das Verharren in der Passivität) manifestiert sich in der interaktiven Gesprächsorganisation. Durch das Schweigen des Therapeuten findet Christoph nicht in eine schöpferische Aktivität, die Neues zulässt. Ohne Impuls von aussen im Sinne aktiver Anleitung ist Christophs Blockade nicht beizukommen.

21 Man vergleiche mit der Klientin 'Alexandra', von der man zum selben frühen Zeitpunkt im Gespräch bereits erfahren hat, dass sie Schauspiel studiert und bereits in der Primarschule unter den sie derzeit quälenden Prüfungsängsten litt, die sie damals noch mit Autogenem Training lindern konnte.

15.1.3 Indikatoren für den weiteren Gesprächsverlauf

15.1.3.1 Ausmass der Antriebslosigkeit bzw. der depressiven Symptomatik ist zu eruieren

Die Antriebslosigkeit ist ein klassisches Symptom einer depressiven Episode (aus dem motivationalen Symptombereich). Christophs verortet diese konkret im Studium. Gleichzeitig verweist er vorsichtig darauf, dass die Antriebslosigkeit auch andere Lebensbereiche betreffen könnte. Ein logischer nächster Schritt des Therapeuten ist es also, mehr über diese Leidsituation in Erfahrung bringen zu wollen und Christophs emotionales Erleben im Hinblick auf weitere depressive Anzeichen zu eruieren, insbesondere auch des emotionalen, Verhaltens- und vegetativen Symptombereichs.

15.1.3.2 Erschwerter Zugang zum affektiven Erleben und psychologischen Problemverständnis

Christoph fällt es sowohl in der Thematisierung als auch im Vollzug schwer, Gefühle auszudrücken. Die situationsangemessene affektive Beteiligung scheint blockiert beziehungsweise wird abgewehrt. Über Christophs Problemverständnis, sein affektives Erleben und mögliche Ursachenzuschreibungen wissen wir nichts. Doch die Psychotherapie ist der Ort für das Emotionale. Es bleibt dem Therapeuten überlassen, oben genannte Aspekte, in welcher Form auch immer, in die psychotherapeutische Sitzung hineinzubringen.

15.1.3.3 Zielgenaues Nachfragen notwendig

Die *symptomorientierten Selbstdarstellungen* und *Zielkommentare* umreißen die Antriebslosigkeit als ich-dystones Symptom, ohne dass die eigene Beteiligung am Geschehen thematisiert würde. Es wirkt ohne kausalen Zusammenhang, unverbunden, und evoziert Verständnislosigkeit. Das abwartende Schweigen und die ermunternden Hörersignale des Therapeuten nach Christophs erster Ausführung können jenem inhaltlich auch nichts Neues entlocken, sondern führen einzig zu einer stärkeren Betonung des Leidensdrucks (erste und zweite Ausführung sind in sich praktisch identisch). Christoph zeigt in seinem ersten Redebeitrag ausserdem eine Tendenz, in allgemeinen (nichtssagenden) Umschreibungen zu verbleiben.

Ein Erkenntniszuwachs wird wahrscheinlich nur durch beharrliche, zielgenaue Fragen zu erreichen sein. Dies wird dazu führen, dass der Therapeut aktiver vorgehen wird. Die schrittweise Hinführung zu einem umfassenderen Verständnis von Problem und Anliegen könnte

durch Christophs Scheu, Themen direkt anzusprechen (siehe Kategorienanordnung), sowie seine Manier, solche stattdessen über Umwege anzudeuten, erschwert werden und zu Irritationen (zum Beispiel mehrmaligem Nachfragen) führen.

15.1.3.4 Rollenzuweisung an den Therapeuten, Lösungsstrategien zu präsentieren

Durch sein ‚Eröffnungsangebot‘, die Antriebsstörung, bietet Christoph eine Information an, die sogleich das therapeutische Interesse wecken muss: Die Antriebsstörung gilt als klassisches Symptom aus dem depressiven Symptombereich der Motivation (Mangel an Interesse, Antrieb und Unternehmenslust). Es findet somit eine Rollenratifizierung statt, in der sich Christoph durch die Wahl seines initialen Themas als psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger 'Patient' ausweist und damit gleichzeitig die Rolle des Therapeuten bestätigt.

Die Verwendung des *Zielkommentars* und die Abwesenheit eines *psychologischen Kommentars* lassen erwarten, dass Christoph sich aktive Anleitung bei der Bewältigung der Symptomatik wünscht, und weniger Selbstreflexion und das Ergründen der Symptomatik im Fokus stehen. Es macht ebenfalls deutlich, dass Christoph keine Vorstellung davon hat, wie sein Ziel, die Überwindung der Antriebslosigkeit, zu erreichen ist. Die Aufgabe, Lösungsstrategien zur Zielerreichung zu präsentieren, wird an den Therapeuten abgegeben.

15.1.3.5 Zu erwartende therapeutische Haltung

Folgende Aspekte fallen am interaktiven Stil des Therapeuten auf und geben Hinweise zur therapeutischen Haltung, die er im Verlauf des Gesprächs einnehmen wird: Erstens fällt die Effizienz auf, mit der er die Sitzung vorstrukturiert und dadurch Orientierung bietet. Es könnte sein, dass er Wert auf Fokussiertheit legen und Ausschweifungen weniger zulassen wird. Als zweites weist er sich mittels der vielen verbalen (und nonverbalen: Nicken) Hörsignale als aufmerksamer, resonanter Zuhörer aus. Drittens reagiert er auf Christophs ersten Versuch einer Redezugbeendigung mit aufmerksamem Schweigen, nimmt dabei das Sprecherrecht jedoch nicht auf. Eine psychoanalytisch gefärbte Gesprächsführung zeigt sich also bereits in dieser ersten abwartenden (nicht-aktiven) Intervention: Dem Klienten wird der Raum zur erzählerischen Entfaltung gelassen. Vom Therapeuten kann erwartet werden, dass er auch im weiteren Gesprächsverlauf aktiv zuhören und manchmal schweigen wird, dass er also einen

tendenziell zurückhaltenden Gesprächsstil pflegen wird. Möglicherweise wird sich der Klient dadurch in seinem Bedürfnis nach Anleitung frustriert fühlen.

15.1.4 Feinanalyse der daran anschliessenden vier Redezüge

Der auf die Eröffnung folgende Aushandlungsprozess ist gemäss Wilke nicht nur im Hinblick auf das in ihm Gesagte besonders aufschlussreich. Die Art und Weise, wie die am Gespräch Beteiligten in diesem Anfangssegment etwa eine gemeinsame Krankheitsphantasie entwickeln, gibt zusätzlich Hinweise zur Beziehungsdynamik und lässt wiederum Rückschlüsse auf die latente Problemorganisation zu. Darum werden auch die vier auf die Eröffnungssequenz folgenden Redezüge einer Detailanalyse unterzogen.

15.1.4.1 In der Wiederholung gefangen (Z 41-72)

Der Therapeut nimmt den eröffnenden Redezug Christophs (siehe Eröffnungssequenz) zunächst kommentarlos hin, was insofern Sinn ergibt, als dass er hinsichtlich der Verständlichkeit keinerlei Klärung bedarf. Christoph hält seine Eröffnung für abgeschlossen und macht keine Anstalten, das Rederecht weiter beizubehalten. Dadurch entsteht eine Pause von vier Sekunden. Diesmal übernimmt der Therapeut das Rederecht und stellt seine Frage in Form einer offenen Aufforderung an den Klienten, in seinen Schilderungen konkreter zu werden. Damit erfüllt sich eine indikatorische Feststellung, nämlich dass dem Therapeuten aufgrund Christophs überaus allgemein gehaltener Rede die Rolle zukommt, auf konkrete Beschreibungen zu pochen und damit auf die Fassbarkeit der Problematik und des Anliegens hinzuarbeiten:

- T/ hm hm -- vielleicht können sie's noch ein bisschen genauer schildern? so also auch vielleicht mit einer situation die sie gerade letztens erlebt die sie gerade erinnern? wie das vor sich geht. wie das, was +was (*hm+*) für themen das das sind so,
- C/ also - was ich jetzt konkret im moment gerade ist ist; also eben ich bin im studium, phil eins²² schon relativ lange, und bin an sich schon relativ weit also ich könnte bald abschliessen, (*+hm*) muss+ jetzt diesen sommer noch zwei arbeiten zwei schriftliche arbeiten schreiben, und, mh irgendwo habe ich, hätte ich an sich zeit gehabt das zu machen aber irgendwie einfach nicht richtig +den einstieg (*hm+*) gefunden. bin dran: und dann verschiebe ich es wieder äh, setze ich mich wieder daran, einfach - ja ich kann mich nicht, ich kann mich nicht am

²² = Philosophische Fakultät (Geistes- und Sozialwissenschaftliche Studienfächer)

morgen, hinsetzen arbeiten, obwohl ich genau wüsste, ich müsste jetzt machen oder ich +sollte! es machen (*hm hm+*) und+ an sich würde ich es auch gerne machen +aber irgendwo (*mh jaja+*) trotzdem äh (*ja*) geht das nicht! ich habe immer schon ein bisschen: ab- ich denke in einem n- also in einem rahmen wie das vielen geht, mit solchen sachen gekämpft aber bis anhin eigentlich immer geschafft und, gut geschafft und jetzt, (*hm*) ja habe ich irgendwie das gefühl das: - geht irgendwo nicht mehr.

Christoph gibt dem Therapeuten auf dessen Aufforderung hin die gewünschte Schilderung einer aktuellen problematischen Situation. Christophs Beschreibung der Problemsituation ist indes so allgemein und austauschbar, da es tatsächlich «vielen» Studierenden der Geisteswissenschaften ähnlich gehen mag. Es bereitet Mühe, sich hinzusetzen und eine schriftlichen Arbeit zu verfassen, bei welcher (im Gegensatz zur Prüfung) wenig inhaltliche Anleitung und zeitliche Struktur vorgegeben sind. Wiederum ist die Ausführung eng am Symptom orientiert (sySD) und wird ausschliesslich die Verhaltensebene thematisiert. Die thematisch allgemein gehaltene Aufforderung des Therapeuten nach Anschaulichkeit bringt keinen wesentlichen Informationszuwachs zur individuellen Problemorganisation von Christoph. Insofern wiederholt sich in der Fortsetzung des Dialogs, was wir aus der Eröffnungssequenz bereits kennen: Christoph antwortet adäquat und sparsam, verzichtet dabei jedoch darauf, über sein inneres Erleben, sein Problemverständnis oder ähnliches Auskunft zu erteilen.

15.1.4.2 Die Frage nach dem inneren Erleben (Z 73-85)

Die nächste Therapeutenfrage ist als Konsequenz aus dem Vorgegangenen zu verstehen. Um mehr über Christophs subjektives Erleben zu erfahren und von Allgemeinplätzen wegzu- kommen, muss die Frage zielgenau gestellt werden. Es handelt sich um eine klassische ‚Therapeutenfrage‘ nach dem inneren Erleben:

- T/ was geht in ihnen vor? wenn sie, ähm merken jetzt können sie nicht? wo- wollen aber oder sollten sogar?
- C/ ja ist noch schwierig. es ist einfach so ein bisschen das gefühl - ich meine ich w- ha- habe mir schon viele gedanken gemacht ja ist das überhaupt das richtige? und will ich das? und wie ist das. und an sich, will ich das eigentlich schon! ich habe lange studiert und an sich mache ich es gerne und, will das auch abschliessen! und dann ist es irgendwo eine enttäuschung oder ein, ja natürlich eine unzufriedenheit mit mir selber, in dem moment wenn ich wenn ich's nicht kann (*hm*) und statt dass mich das dann antreiben würde, blockiert es eher wieder.

T/ ja! also tun, sie dann grübeln? oder äh, sitzen sie am tisch und haben bücher vor sich? oder machen sie etwas ganz and- zerstreuen sie sich?

Darauf angesprochen erwähnt Christoph kurz Selbstzweifel, die er im Reich der Kognitionen verortet (zweifelnde Fragen) sowie Gefühle der Unzufriedenheit mit sich selbst (Selbstwertprobleme). Durch die zielgerichtete Frage des Therapeuten wird die *problembezogenen Selbstdarstellung* (pSD) eingefordert und ist das Kategorienschema nach Wilke nun 'gesättigt'.

15.1.4.3 Die szenische Inszenierung des Symptoms

In diesen wenigen Redezügen bestätigt sich bereits, dass die Aufgabe des Erstgesprächs, Problem und Anliegen fassbar zu machen, an den Therapeuten ausgelagert wird. Er ist gefordert, durch konkretes und zielgenaues Nachfragen zu erfassen, was er gerne wissen möchte. Christophs Antworten sind passend zur jeweiligen Frage, aber auch äusserst sparsam gehalten. Sie fügen nichts an Information hinzu, was in den Fragen nicht schon angelegt wäre. Assoziativ erinnert diese Frage-Antwort-Dynamik an eine Prüfungssituation, in welcher ein braver, angepasster Student ohne Umschweife die 'richtige' Antwort auf eine Frage gibt. Die Lehrperson erhält auf seine Frage folglich die Antwort, die antizipiert wurde. Ein neuer, überraschender Erzählraum wird auf diese Weise indes nicht erschlossen. Nun ist aber ein psychotherapeutisches Erstgespräch keine Prüfungssituation, sondern gleicht vielmehr dem Arbeitsprozess beim Schreiben einer studentischen Arbeit: Zu Beginn einer Semesterarbeit ist das Thema noch vage gefasst; was dann folgt, sind breite Suchbewegungen der Literaturrecherche und -sichtung. Aus einem zunächst chaotischen Informationshaufen kristallisieren sich schliesslich Strukturen und Ordnungsprinzipien heraus, die sich zu einer inhaltlichen 'Gestalt' zusammenfügen. Wenn dieser Punkt erreicht ist, setzt das fokussierte Arbeiten ein.

In einem psychoanalytischen Erstgespräch vollzieht sich ein ähnlicher Prozess: Das Ziel der Abklärung ist von der Form her bereits zu Beginn klar gegeben – die Gesprächspartner wollen ein gemeinsames Verständnis von Problem und Anliegen erreichen, um dann Lösungsansätze dazu zu entwickeln. Der Weg dorthin ist aber noch nicht definiert. Der Therapeut fördert durch abwartendes Schweigen und offen gehaltene Fragen eine Gesprächsatmosphäre, die noch wenig strukturiert ist und viele Freiheiten zur individuellen Entfaltung zulässt. Themen, die mit Problem und Anliegen zu tun haben könnten, werden zunächst in aller Breite abgetastet, bevor im weiteren Verlauf des Gesprächs Fokussierungsaktivitäten zunehmen.

Christoph weiss diesen ihm zur Verfügung gestellten unstrukturierten Erzähl- und Erlebensraum nicht wirklich zu nutzen, sondern scheint in der Wiederholung des immerzu Gleichen gefangen. Das ist nichts anderes als eine szenische Inszenierung seines Symptoms (Antriebsstörung, Blockade) im analytischen Raum.

15.2 Empirischer Teil II: Überblick über die makroskopische Gesprächsstruktur

Therapeut und Klient sprechen in dieser Sitzung fast gleich viel, was für ein psychoanalytisches Gespräch eher speziell ist (siehe Tab. 5 & Abb. 7). Woran diese ungewöhnliche Aktivität des Therapeuten liegen mag, wird sich im Verlauf der Analyse zeigen. Er setzt im Verlauf des Gesprächs insgesamt viele Hörsignale ein (ca. $\frac{1}{3}$ seiner gesamten Sprechaktivität), wie aus dem Verhältnis zwischen dem totalen und dem bereinigten Sprecherverhältnis deutlich wird. Es handelt sich folglich um einen Therapeuten, der seine Rezeptionsfähigkeit explizit kenntlich macht.

Gesprächsdauer (t)	54'20"
Transkriptzeilen, total	1'203
Zeilenaktivität des Therapeuten (T)	643
Zeilenaktivität der Klientin (P)	560
Transkriptzeilen, bereinigt von Hörsignalen	936
Zeilenaktivität des Therapeuten (T)	442
Zeilenaktivität der Klientin (P)	494
bereinigtes Sprechverhältnis T : P	1 : 1.12

Tabelle 5: Objektive Gesprächs- und Transkriptdaten

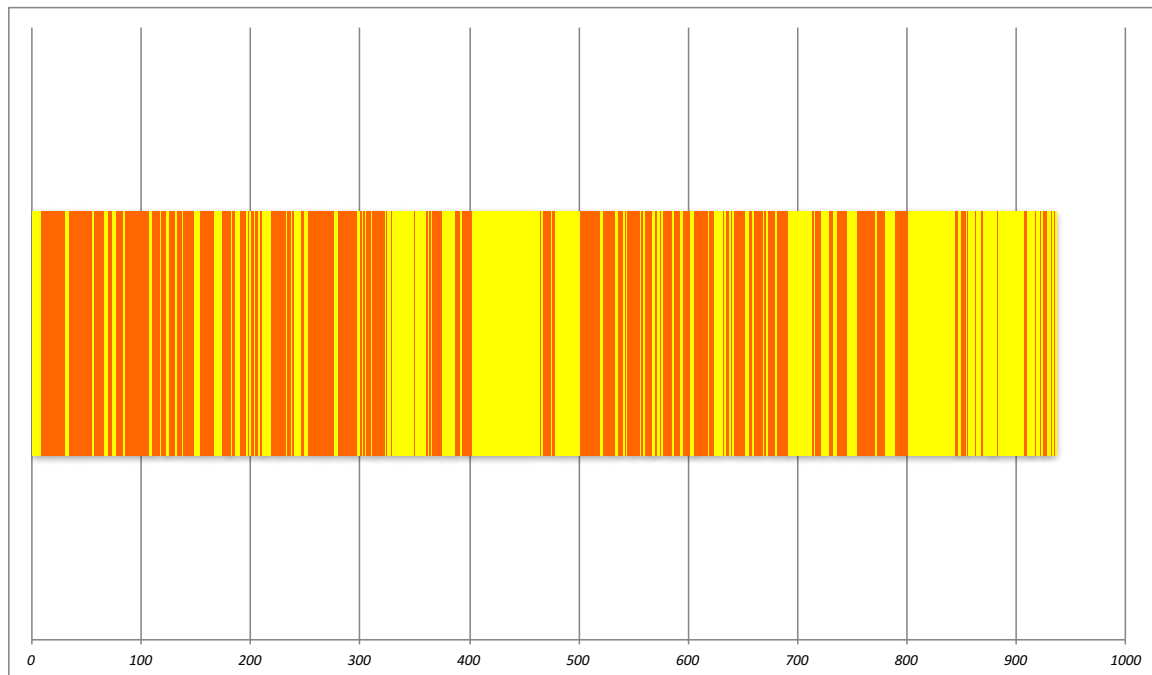


Abbildung 7: Hörerbereinigtes Sprecherverhältnis (Therapeut: gelb; Christoph: orange)

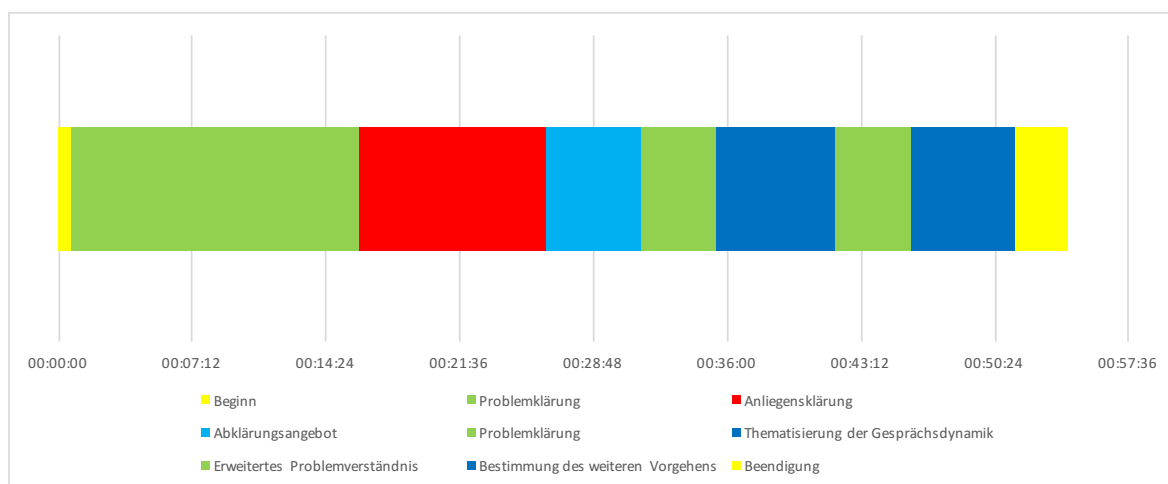


Abbildung 8: Themen- und Handlungssegmente des Erstgesprächs ‚Christoph‘ im zeitlichen Verlauf

Die Strukturierung des Gesprächs in Themen- und Handlungssegmente ist in Abbildung 8 dargestellt. Nach einem äusserst kurzen (41 Sekunden) Beginn, der das Anstecken der Mikrophone, die Orientierung über den Gesprächsrahmen sowie die Initialfrage umfasst, wird im ersten Sitzungsdrittel das Problem besprochen. Das zweite Drittel ist der Anliegensklärung und der Thematisierung des weiteren Vorgehens gewidmet, gefolgt von einem kurzen Segment, in welchem Christophs Problem nochmals detaillierter eruiert wird. Das letzte Drittel der Sitzung beinhaltet unter anderem die Diskussion um die Beziehungsdynamik und deren Verknüpfung mit Christophs Problem sowie die Aushandlung und Planung des weiteren Vor-

gehens. Das Gespräch endet mit der Besprechung administrativer Belange (Visitenkarte, Fragebögen zur Erhebung der Gesundheit, Einverständniserklärung zur Videoaufzeichnung).

Durch Gegenüberstellung der Abbildung zum Hörerbereinigten Sprecherverhältnis (Abb. 7) mit den Themen- und Handlungssegmenten (Abb. 8) lassen sich die Redeanteile der Gesprächsteilnehmer von Auge den verschiedenen inhaltlichen Gesprächssegmenten zuordnen. So wird erkennbar, dass Christoph mehr spricht, wenn es um die Schilderung seiner Problematik geht. Im Segment der Anliegenklärung wiederum dominiert die Aktivität des Therapeuten, der seinen Klienten über verschiedene therapeutische Angebote informiert. Auch im letzten Drittel weist der Therapeut deutlich mehr Redeanteil auf, so geschehen bei der Aushandlung des weiteren Vorgehens und der Beendigung.

15.3 Empirischer Teil III: Das Gespräch

Was nun folgt, ist die detaillierte inhalts- und gesprächsanalytische Sequenzanalyse des gesamten Gesprächsverlaufs. Die Unterteilung in die Unterkapitel orientiert sich an den Themen- und Handlungssegmenten aus der Analyse der Grobstruktur.

15.3.1 Problemklärung

15.3.1.1 Paraphrasierung des Inhalts

Dieses Segment beginnt mit der Initialfrage des Therapeuten (Z 11: «ja was: ist ihr anliegen?») und der ersten Problem- und Anliegen schilderung des Klienten (siehe Analyse der Eröffnung). Die darauf folgenden 14 Minuten dienen dem Therapeuten zur Problemklärung. Folgendes Bild ergibt sich dabei: Christoph Antriebslosigkeit wird vor allem im Rahmen des Studiums manifest, in welchem zwei schriftliche Arbeiten anstehen. An Tagen, an denen er sich vornimmt zu arbeiten, bekundet er bereits beim Aufstehen Mühe, lenkt sich sodann ab und fühlt sich bereits mittags zu erschöpft um weiterzuarbeiten. Er fühlt sich ausserstande, selbst aus diesem Zustand herauszufinden. Zweifel an der Studienwahl seien zwar zwischenzeitlich aufgekommen, aber wieder verworfen worden. Er ist enttäuscht und unzufrieden mit sich, was wiederum blockierend wirkt. Nur durch äusseren Druck ist es möglich, die jeweiligen Anforderungen anzugehen; so schafft er es, seiner Nebentätigkeit als Lehrer nachzukommen, weil der Stundenplan der Schule eine fixe Struktur vorgibt. Die fehlende Eigenmotivation zeigt sich mittlerweile auch bei seinen Hobbys (Sport), die Pflege sozialer Kontakte

funktioniert jedoch weiterhin gut. Es bleibt für Christoph unklar, woher die Antriebslosigkeit stammen könnte. Er kennt den Zustand mittlerweile seit Jahren. Die Antriebslosigkeit kommt in Phasen und verstärkt im Winter vor. Seit zwei Monaten hat sich die Symptomatik jedoch verstärkt, sodass die Lust an Aktivitäten grundsätzlich beeinträchtigt ist. Dies empfindet er als belastend, erdrückend, es dämpft seine Stimmung, macht ihn unzufrieden und schlägt auf das Selbstbewusstsein.

15.3.1.2 Die therapeutischen Interventionen

In diesem Segment bestehen die therapeutischen Interventionen ausschliesslich aus Klärungsfragen (siehe unten). Auffällig ist dabei, dass der Therapeut gleich zu Beginn von offenen Fragen (Fragen 1 und 2), die lediglich zur Wiederholung des bereits Gesagten führten (siehe Analyse der Eröffnungssequenz), zu geschlossenen Fragen (Fragen 3 bis 13) wechselt. Indessen führen auch diese nur zu kurzen und erwartbaren Antworten (siehe als typisches Beispiel Frage 12 und 13). Die Fragen des Therapeuten werden zum antreibenden Moment des Gesprächs, das sonst in Leere und Redundanz zu ersticken droht. Erst gegen Ende (Fragen 14 und 15) sind die Fragen des Therapeuten offener gehalten.

Frage 1 (Z 41-46)

T/ hm hm - - vielleicht können sie's noch ein bisschen genauer schildern? so also auch vielleicht mit einer situation die sie gerade letztens erlebt die sie gerade erinnern? wie das vor sich geht. wie das, was +was (hm+) für themen das das sind so,

Frage 2 (Z 73-74)

T/ was geht in ihnen vor? wenn sie, ähm merken jetzt können sie nicht? wo- wollen aber oder sollten sogar?

Frage 3 (Z 86-88)

T/ ja! also tun, sie dann grübeln? oder äh, sitzen sie am tisch und haben bücher vor sich? oder machen sie etwas ganz and- zerstreuen sie sich?

Frage 4 (Z 95-96)

T/ ja. - sie haben äh viel zeit um s- diese arbeit jetzt zu machen?

Frage 5 (Z 143-144)

T/ tut sich das auch auf ... ihre, freundschaften, erstrecken also das Zusammensein mit Leuten?

Frage 6 (Z 161-163)

T/ da haben sie auch von der Stimmung her keine äh, keine Einflüsse also dass sie jetzt finden
äh sie sind da irgendwie auch wenig motiviert? ... antriebslos wie sie +gesagt haben

Frage 7 (Z 178)

T/ seit wann so? was ist so Zeit- ähm Bereich o-?

Paraphrasierende Frage (Formulierung) 8 (Z 193-198)

T/ ja. und für sie ist es schon sehr verknüpft mit dem Studium? mit dem äh, mit dem Abschluss,
der nicht geht, oder w- das Gefühl dass es da nicht vorwärts geht aber doch jetzt langsam so
Zeit wäre? und sich dadurch etwas zuspitzt? oder verschärft oder sie äh, ähm, zunehmend in
eine so ein bisschen in die Enge treibt. oder ist das falsch?

Um die Problemdarstellung zur Antriebslosigkeit im Studium abzuschliessen greift der Therapeut zu einer *Formulierung*. Zur Erinnerung sei hier die Definition von Antaki (2008) angefügt: «...the practice of proposing a version of events which (apparently) follows directly from the other person's own account, but introduces a transformation» (S. 26). Eine Formulierung setzt sich aus den drei Elementen der Streichung (*deletion*), Auswahl (*selection*) und Paraphrasierung (*summary*) zusammen (ebd., S. 31). Im vorliegenden Kontext ignoriert der Therapeut den vom Klienten wiederholt geschilderten Problemaspekt der Prokrastination (*deletion*). Mit dem «abschluss, der nicht geht» (*selection*) fokussiert er stattdessen auf die Konsequenz (Z 48-49: «bin an sich schon relativ weit also ich könnte bald abschliessen»; Z 78-80: «habe lange studiert und an sich mache ich es gerne und, will das auch abschliessen!»). Diese Paraphrasierung (*summary*) kleidet er wiederum in eine rhetorische Frage. Er bringt ausserdem noch ein neues Moment hinein, indem er den Abschluss in einen kausalen Bezug zum Gefühl der Ungeduld («dass es da nicht vorwärts geht aber doch jetzt langsam so Zeit wäre») stellt und mit seiner Wortwahl («zuspitzt»; «verschärft», «in die Enge treibt») eine Dramatik ins Gespräch bringt, die so noch nicht existierte. Auf diese Thematisierung der Emotionalität geht Christoph dann aber nicht ein. Die abschliessende Therapeuten-Frage («oder ist das falsch?») wird mit Bezug auf die Eingangsfrage der Paraphrase («verknüpft mit dem Studium») begriffen. Christoph antwortet darauf: «ich weiss nicht ob es ... von dort her kommt aber es ist irgendwo dort wo es sich am konkretesten auswirkt» (Z 199ff.).

Frage 9 (Z 218-224)

- T/ ja ja - hm - - - also s- i- ähm ist mir jetzt noch nicht so ganz ähm, transparent! also wo genau äh, es ihnen so unwohl ist also ja, so äh jetzt; klar jetzt das mit dem studium aber, ähm, ist ihr lebensgefühl auch verändert? oder haben sie dort auch äh, punkte wo sie finden es müsste doch eigentlich anders sein oder. - so wie sie sind! wie sie sich fühlen wie sie sich erleben wie - sie äh, das leben ähm, geniessen oder oder nehmen oder so. –

Es ist dies der zweite Versuch (nach Frage 6, die noch verneint wurde), eine mögliche affektive Beeinträchtigung zu eruieren. Diesmal wird die Frage bejaht und erwähnt, dass die motivationale Beeinträchtigung als belastend und erdrückend empfunden werde.

Frage 10 (Z 234-236)

- T/ also auch ihre stimmung ist ist, so hinuntergedrückt oder,
C/ jaja das geht +dann mit
T/ so+ gedämpft +so?

Diese Frage ist eine Kombination aus Korrektur und Paraphrase und dient der Präzisierung von Christophs Antwort aus Frage 9. Der Therapeut nimmt hier eine leichte Modifikation vor, indem er das Leiden nicht wie Christoph im motivationalen, sondern stattdessen im affektiven Bereich verortet.

Frage 11 (Z 242-245)

- T/ ja, und das zieht sich dann länger dahin? oder ist das wa- mehr so m- wellenförmig oder mit tagesschwankungen äh äh ausgeprägt oder mit bestimmten situationen? wo es nachher wieder wechselt?

Frage 12 (Z 269-271)

- T/ hm+ - ist das eine zeit gewesen wo sie gefunden haben 'so müsste es sein'.
C/ ja eigentlich schon! +ja

Frage 13 (Z 272-273)

- T/ hm+ und jetzt so wie's jetzt ist finden sie, so geht's +nicht!
C/ und+ so habe ich jetzt s- das gefühl +so geht's nicht ja hm

Frage 14 (Z 274-279)

- T/ hm ja ja+ - und wenn sie so die beiden äh jetzt die beiden zeiten: so ein bisschen gegeneinander halten ja was was worin unterscheiden sie sich? auch, ja von v-, was gibt es so für merkmale? was fällt ihnen auf jetzt. von ihrem äh, erleben? oder eben doch von dem was sie gemacht haben? wo sie realisiert haben oder so, von den plänen die sie gehabt haben oder so?

Frage und Aufforderung 15 (Z 301-324)

- T/ mja ja - was möchten sie denn? was m- äh also sie haben vorhin gesagt 'ich schaffe es' was, was schaffen? --
- C/ ja irgendwo können - aufstehen +und (hm+) das gefühl haben jetzt äh, kann ich das und das machen und ich +will! i-
- T/ was!+ konkret können +sie v- versuchen einfach so
- C/ also ff, eben+ jetzt zum beispiel: mm - im am studium:
- T/ hm, vielleicht können sie mir mal, mal schildern. so, einen tag wo sie, wo sie äh, sich vorstellen wie er sein müsste! ganz konkret +mit den (hm+) inhalten? was sie w- wo sie aufstehen! was sie denken! was sie machen! was sie anpacken! und dann mal so einen tag wo das, nicht so ist. so dass ich mir +ganz, (hm+) plastisch kann vorstellen. so dass wir zusammen jetzt mal so im, vorstellung so einen tag durchgehen.
- C/ ja also zum beispiel:, also kommt natürlich darauf an was ich mache aber ähm
- T/ sie kö- es ist ja egal äh sie können einfach mal; sie können sich auch erinnern an einen tag +der der (hm+) besonders gut gewesen ist. -

Die obige Frage knüpft an Christophs Bemerkung an: «wo's mir besser gegangen ist ... das gefühl gehabt ja es ist alles möglich! also ... ich schaffe es ich kann es äh es geht» (Z 280ff.). Die Antwort, die er darauf erhält, stellt den Therapeuten nicht zufrieden, wie aus der unverzüglichen Unterbrechung zu schliessen ist. Er macht sodann deutlich, worauf er hinaus will («was! konkret»; «ganz konkret mit den inhalten»; «so dass ich mir ganz plastisch kann vorstellen»). Auch der Wechsel von einer fragenden Intervention hin zur Aufforderung zeigt die – wie eben der Begriff sagt – fordernde Haltung des Therapeuten an. Die vagen Ausführungen Christophs sollen endlich fassbar werden, vielleicht auch lebendiger und persönlicher. Spätestens die zweite absichtsvolle Unterbrechung lässt den Therapeuten ungeduldig erscheinen.

Es ist zu bezweifeln, dass der Therapeut mit seiner Intervention das gewünschte Ziel nach Konkretisierung erreicht, denn Christophs anschliessende Beschreibung bleibt im bereits bekannten Muster verhaftet: «ja dass ich - irgendwo die aufgabe die ich habe oder was ich, sollte

+machen, aufstehe:, m-o- irgendwo die motivation habe dran zu sitzen ob es jetzt am computer ist oder ob ich irgendwo. - in die uni gehe ob ich schule habe und:, auch die energie habe und freude habe daran und das irgendwo auch kann bis am abend durchziehen» (Z 325ff). Das thematische Gesprächssegment endet schliesslich wieder mit Christophs Schilderung eines schlechten Tages mit fehlender Energie, vorzeitiger Erschöpfung und Prokrastination, die das Schreiben der Studienarbeit verunmöglichen, sowie mit dem geäusserten Wunsch, «effektiver» (Z 354) zu werden. Wir erfahren insofern nichts, was nicht vorher schon feststand.

15.3.1.3 Analyse der freien Gesprächspausen (Schweigepausen)

Als freie Gesprächspausen gelten Sprechpausen, die an einer übergangsrelevanten Stelle stehen, an der ein Sprecherwechsel erfolgen könnte, der nachfolgende Sprecher jedoch nicht selektiert wurde (Bergmann, 1982). Davon abzugrenzen sind redezuginterne Sprechpausen, die gegebenenfalls Zeichen für Nachdenklichkeit oder Zögerlichkeit sein können sowie Pausen in konkreten Frage-Antwort-Segmenten (Redezugvakanz), die ebenfalls als Zeichen des Nachdenkens gewertet werden können. Bei freien Gesprächspausen kann keiner der Gesprächsteilnehmer allein für das sich entwickelnde Schweigen verantwortlich gemacht werden, denn jeder hat die Option, das Schweigen mit einer Äusserung zu beenden. Aufgrund dieser Entstehungsweise können solche freien Gesprächspausen im Vergleich zu anderen Schweigepausen oft erheblich länger dauern. Sie sind häufig vor Themenwechseln oder vor der Phase der Gesprächsbeendigung zu finden, ja sie zeigen diese oft gerade an. Sie eignen sich überdies dazu, auf Interaktionsniveau das Thema der (sprachlich-symbolischen) Blockade zu eruieren, denn es entsteht interaktionell eine Leerstelle, wo ohne Anknüpfungspunkt etwas Neues 'geschaffen' werden muss. Zwei solcher Sequenzen im Segment der Problemerkklärung werden im Folgenden besprochen:

Schweigepause 1 (Z 95-106): Subtile thematische Inkohärenz und thematische Rückwendung zum 'Etikett' der Eröffnung

- T/ ja. - sie haben äh viel zeit um s- diese arbeit jetzt zu machen?
- C/ ja also jetzt habe ich hätte ich an sich zeit gehabt! (*hm*) hab mir das eigentlich so eingerichtet gehabt. (*hm* - -) und - ja es ist einfach auch ein bisschen ähm eben ein bisschen eine frage von der motivation und vom druck vom: was man machen muss also (*ja*) andere sachen die ich - die ich muss also die ich, irgendwo äh - gefordert bin das geht dann jeweils schon.

Die Frage des Therapeuten ist etwas unscharf gestellt. Will er wirklich wissen, ob Christoph «viel zeit» für die Studienarbeit zur Verfügung hatte? Es könnte von therapeutischem Interesse sein zu erfahren, ob Christoph sich den zeitlichen Druck selbst auferlegt oder ob eine externe Vorgabe besteht, der er zu genügen hat. Der zeitliche Aspekt der Problemsituation wurde bis zu diesem Zeitpunkt vom Klienten nur vage angeschnitten:

- Z 35f.: «in einem moment wo ich; ich wüsste ich hätte etwas zu tun»
- Z 48f.: «ich bin im studium, phil eins schon relativ lange, und bin an sich schon relativ weit also ich könnte bald abschliessen»
- Z 51f.: «muss jetzt diesen sommer noch zwei ... schriftliche arbeiten schreiben»

Nun wird aus der Therapeutenfrage nicht klar ersichtlich, worauf dieser hinauswill. Christoph löst dies, indem er eine zur Frage zunächst relativ passend erscheinende Antwort formuliert, die im Grunde jedoch an der Frage vorbeizieht: "Sie haben viel Zeit für die Arbeit?" - "Ja, ich hätte an sich (viel) Zeit gehabt, so hatte es mir eingerichtet." (vgl. Z 95ff.) Der Therapeut weiss nun, dass sich Christoph in der Vergangenheit genügend Zeit eingeplant hatte. Doch Aufschluss darüber, wie sich die Situation aktuell darstellt, erhält er damit nicht. Durch den Mangel an innerem Zusammenhang zwischen Frage und Antwort bleibt alles so unklar wie zuvor.

Nach dieser sehr kurzen Replik, die jedoch in sich abgeschlossen ist, entsteht eine freie Gesprächspause. Der Therapeut bleibt abwartend schweigend, sodass Christoph schliesslich mit Sprechen weiterfährt. Er gebraucht das Rederecht nicht, um das vom Therapeuten eingeführte Thema (Zeit) zu vertiefen. Seine nächste Äusserung scheint sich nicht im Sinne der lokalen Kohärenz auf das unmittelbar eingeführte Thema Zeit zu beziehen. Stattdessen nimmt er mit seiner Bemerkung, es sei eine Frage der Motivation, Rückbezug auf seine Eröffnung (Z 29: «wo ich mich selber motivieren muss») und spricht dann darüber, dass es ihm mit Druck von

aussen (Z 102f.: «was man machen muss») gelinge, die an ihn gestellten Forderungen zu erfüllen. Damit hat Christoph das Thema weg von der anstehenden Semesterarbeit und wieder zurück zum *Etikett* der Eröffnung (Antriebslosigkeit) gelenkt und seine gewohnte, nah am Symptom orientierte Betrachtungsweise eingenommen.

Was zunächst wie ein inkohärenter Themenwechsel anmutet, könnte indes auch eine indirekte, vage Anknüpfung an das Thema des Therapeuten sein: Indem Christoph bemerkt, dass er unter externem Druck (dem ja auch eine zeitliche Dimension innewohnt) sehr wohl funktioniert, spielt er implizit darauf an, dass dieser (zeitliche) Druck bei seiner Semesterarbeit nicht gegeben ist. Der Therapeut könnte indirekt daraus schliessen, dass also immer noch viel Zeit für die Studienarbeit zur Verfügung steht.

Diese Gesprächssequenz ist beispielhaft dafür, wie vage Christophs Antworten ausfallen. Man mag kaum von einem Informations- und Verständniszuwachs sprechen. Viele Inhalte müssen implizit erschlossen werden, was wiederum Unsicherheit und die Gelegenheit für Missverständnisse schafft. Die Ungeduld, die sich beim Therapeuten nach der ersten Viertelstunde des Gesprächs einstellt und sich in konflikthafter Sprecherwechseln (Unterbrechungen) sowie wiederholten Aufforderungen nach Präzision und konkreten Beispielen äussert (siehe Frage und Aufforderung Nr. 15 im vorangehenden Kapitel), mag aus diesem Umstand heraus durchaus verständlich sein.

Schweigepause 2 (Z 161-177): Rigide Fixierung an der in der Eröffnung geschilderten Symptomatik

T/ da haben sie auch von der stimmung her keine äh, keine einflüsse also dass sie jetzt finden äh sie sind da irgendwie auch wenig motiviert? oder so? ähm, antriebslos wie sie +gesagt haben

C/ ja:+ also es kann vielleicht mal kommen dass ich irgendwo vielleicht mit ein paar kollegen, eins ziehen gehe²³ und nachher das gefühl habe 'ja:, nein es passt mir eigentlich nicht heute!' aber es ist nicht irgendwie,(hm) so dass mir äh, grundsätzlich dort, aufgefallen wäre. (*ja ja. hm - - -*) mja - was kann ich noch sagen?

T/ ja? - -

C/ eben es ist irgendwo; ich weiss nicht genau was, woher - woher es kommt +und ähm: (hm+) ja das hat sich irgendwie einfach jetzt - sch- sch- ist im- immer mehr gekommen oder?

²³ Schweizerdeutsch: 'eis go zie' = ugspr.: etwas trinken gehen

Die Redezugvakanz gilt als konfliktbedingter Sprecherwechsel. Obiges Beispiel zeigt anschaulich, weshalb dem so ist. Christoph macht deutlich («was kann ich noch sagen?»), dass er das Rederecht nicht zu verwenden weiss. Seine Frage enthält den Wunsch nach Anleitung, den ihm der Therapeut indes nicht erfüllt. Stattdessen spielt dieser ihm mit einem aufmunternden «ja?» das Rederecht wieder zu und wartet ab. Was dann folgt, ist mit der Reaktion auf die erste Schweigepause zu vergleichen. Wieder geht Christoph nicht im Sinne der lokalen Kohärenz auf das vom Therapeuten frisch eingebrachte Thema ein (hier: Stimmung; vorher: Zeit). Mit seinem Themenwechsel signalisiert er, dass er es mit seiner knappen Replik für abgeschlossen hält; lange Beschreibungen, Narrative oder Abschweifungen gehören offensichtlich nicht zu Christophs charakteristischem Gesprächsverhalten.

Erneut nutzt Christoph die Leerstelle im Gespräch (die Chance für einen Themenwechsel) für den Rückbezug auf das in der Eröffnung beschriebene Problem der Antriebslosigkeit (Z 16) und drückt sein Unverständnis angesichts von dessen Auftauchen aus. Damit macht er die Versuche des Therapeuten, das Thema zu erweitern, nicht mit. Indem keinerlei kausale Verknüpfung erkennbar erscheint – lediglich die Verstärkung der Symptomatik wird unverändert zur Eröffnung (Z 15; Z 32) wiederholt –, gibt es keine Verbindung zwischen dem Symptom und der eigenen Person. Hier wird nochmals offenkundig, wie stark das Leiden von Christoph als nicht zu ihm gehörend wahrgenommen wird. Wo nichts verstanden wird, fehlt auch die Orientierung, wo man in der Problemlösung ansetzen könnte. Dieses Unverständnis kann auf emotionaler Ebene nur in einem Gefühl der Rat- und Hilflosigkeit sowie dem Eindruck fehlender Selbstwirksamkeit resultieren.

In beiden Gesprächssequenzen fällt auf, dass die Zurückhaltung des Therapeuten nicht zu einer erzählerischen Entwicklung und Ausweitung des assoziativen Raumes führt, sondern im Gegenteil Christoph durch die Leere wieder auf den 'Nullpunkt' der Eröffnung zurückgeworfen wird. Mit Wilke (1992) gesprochen, versucht Christoph auf Gesprächsebene immer wieder, dem Therapeuten seine «Visitenkarte» (S. 291) hinzustrecken, anstatt mit ihm in einen das Thema erweiternden Dialog einzutreten.

15.3.1.4 Zusammenfassung

Die erste Viertelstunde des Gesprächs ist nach einer kurzen Orientierung über die Sitzung ganz der Problemlösung gewidmet. Charakteristisch für dieses Segment sind das direkte Erfragen der äusseren Umstände, die das Problem umgeben: Wo zeigt es sich, wie zeigt es sich etc. Zum Einsatz kommen dabei lineare Fragen, die dem Therapeuten zu einem besseren Verständnis der Problematik verhelfen sollen. Christoph weiss darauf jeweils relativ adäquate, kurze Antworten zu geben, die indes nur solche (unpersönlichen) Problemaspekte preisgeben, die sich bereits antizipieren lassen. Entworfen wird das Stereotyp eines Studenten der Geisteswissenschaften, der Mühe hat, sich an seine Semesterarbeiten zu setzen, und dies – etwas nichtssagend – auf Motivationsprobleme zurückführt. Die Informationen sind so allgemein gehalten, dass Christoph als Person merkwürdig blass bleibt.

Die Verständnislosigkeit, die Christoph seinem Symptom entgegenbringt, macht sich auf irritierende Art und Weise auch beim Lesen des Verbatimtranskripts breit. Die durch die Unpersönlichkeit der Aussagen evozierte Langeweile mischt sich schliesslich mit Desorientiertheit, die sich erst aus der Analyse der ersten Schweigephase besser verstehen lässt: Christophs vermeintlich präzise Antwort auf die Therapeutenfrage entpuppt sich bei näherer Betrachtung (beziehungsweise erst auf den zweiten Blick) als nicht zur Frage passend, aber dennoch so nahe an einer präferierten Antwort, dass vom Therapeuten keine Reaktion im Sinne eines irritierten Nachfragens erfolgt. Man meint eine Antwort auf die Frage erhalten und den Klienten richtig verstanden zu haben. Und dennoch bleibt das Problem merkwürdig unklar.

Durch die knappen und redundanten Problembeschreibungen des Klienten ist rasch ein – wenngleich begrenztes – gemeinsames Verständnis erreicht. Wie sich bereits in der Eröffnung abzeichnete, ist es ihm nicht möglich, sein Symptom mit Aspekten seiner Persönlichkeit in Verbindung zu bringen. Die bereits in der Eröffnungssequenz absehbaren Indikatoren für den Gesprächsverlauf haben sich hier also deutlich bestätigt. Auch die gegen Ende immer ungeduldigeren Interventionen des Therapeuten können daran nichts ändern. So mutet es nicht weiter erstaunlich an, dass der Therapeut bald das Thema wechselt.

Die Analyse der ersten beiden Schweigephasen lässt das Symptom szenisch sichtbar werden. «Der Analysierte erzählt nicht, er erinnere sich, dass er trotzig und ungläubig gegen die Autorität der Eltern gewesen sei, sondern er benimmt sich in solcher Weise gegen den Arzt», fügte Freud (1914/1991, S. 129) beispielhaft an, um die Wiederholung der Neurose vor allem zu

Beginn der «Kur» zu umschreiben. In Anlehnung daran darf man vermerken, dass auch Christoph nicht (nur) von seiner Blockade erzählt; das Symptom der Antriebslosigkeit manifestiert sich auch auf interaktioneller Ebene. Ohne stete thematische Anleitung durch den Therapeuten verkümmert das Gespräch.

15.3.2 Anliegenklärung

15.3.2.1 Paraphrasierung des Inhalts

Dieses thematische Segment besteht grob aus drei thematischen Teilen: Im ersten Teil versucht der Therapeut Christophs Anliegen an ihn beziehungsweise an eine Beratung oder Psychotherapie zu ergründen. Eingeschoben in diese Anliegenklärung (zwischen Sequenz 2 und 3) befindet sich ein zweites Thema: Christoph hat bei seiner Suche im Internet die psychotherapeutische Praxisstelle des psychoanalytischen Instituts mit der studentischen Beratungsstelle der Universität verwechselt, die aber ebenfalls psychotherapeutische Abklärungen anbietet. Er ist, wie sich nun nach dem ersten Drittel des Gesprächs herausstellt, an der 'falschen' Stelle gelandet. Über dieses Missverständnis wird er vom Therapeuten aufgeklärt, der unter anderem auch auf die unterschiedlichen Zahlungsmodalitäten eingeht (die studentische Beratungsstelle ist gratis, die Praxisstelle nicht). Dem dritten Teil wohnt ein mehr informativer Charakter inne: Der Therapeut informiert über die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten, indem er zwei verschiedene Vorgehensweisen gegenüberstellt. Es bestehe zum einen die Möglichkeit, sich möglichst unvoreingenommen mit den Beschwerden auseinanderzusetzen, indem Christoph umfassend berichte, was ihm – vielleicht auch absurderweise – in den Sinn komme. Hier wird also auf die freie Assoziation Bezug genommen. Die andere Möglichkeit sei, durch Selbstdisziplin und gute Planung konkret den Antrieb zu trainieren (Verhaltenstherapie). Dann betont er – zum dritten Mal –, dass es kein «rezept» (Z 489; 507; 547) für die Behebung des Problems gebe. Nachdrücklich hält er fest, dass es viel Zeit und Geduld benötige, sich selbst und auch das Gegenüber kennenzulernen, denn die therapeutische Gesprächssituation, die Art des Berichtens und der therapeutischen Rückfragen, sei für Christoph noch ungewohnt.

15.3.2.2 Die sukzessive Veränderung der Gesprächsdynamik

Der Therapeut unternimmt mehrere Anläufe, das Anliegen Christophs zu klären. Daran wird deutlich, dass die Aushandlung darüber nicht ohne Reibungen vonstatten geht. Seine Referenz an Christophs Erscheinen im Erstgespräch beginnt mit folgender Frage:

Sequenz 1 (Z 359-393)

- T/ ja:+ ja ja hm - haben sie hypothesen oder vorstellungen. - w- n-, was wo die schwierigkeit liegt oder was in welche richtung dass sie, müssten suchen oder wollen suchen oder - wenn sie jetzt das, +hier hinkommen (hm+) um das anzugehen. -
- C/ ja: es:, irgendwo - ich hab mir natürlich auch schon verschiedene gedanken +gemacht. (hm+) oder ob ich, irgendetwas anderes machen sollte wo ich mich vielleicht mal eine zeit lang einfach äh - klare zeiten habe wo ich mich muss: +daran (hm+) halten: - und dann denke ich aber ja eigentlich will ich trotzdem: das studium abschliessen das machen! fertig machen - also was ich eigentlich suche ist dass ich irgendwo mit - - kann - ja den antrieb finden oder? (hm) die ziele zu erreichen. (hm) ... dass ich mir irgendwo das: ziel vornehmen kann! und das dann auch durchziehen kann.
- T/ ja ja - und wo k- wo wo ist er echt dieser antrieb? oder wo könnte man den finden? suchen? was meinen sie? was haben sie für einen -
- C/ ja eben das, ist mir eigentlich eben auch nicht so ganz klar. (ja) im moment
- T/ ja, das ist auch ein grund warum sie +hierher kommen?
- C/ das ist eigentlich+ der grund ja.

In seiner Intervention bringt der Therapeut zwei unterschiedliche Fragen unter: (1) «haben sie hypothesen oder vorstellungen ... wo die schwierigkeit liegt» und (2) «in welche richtung dass sie ... wollen suchen ... wenn sie jetzt ... hier hinkommen um das anzugehen». Zur Einordnung dieser beiden Fragen eignet sich der Rückbezug auf Wilkes Kategorienschema: Erstere behandelt die kausale Bezugnahme im Hinblick auf auslösende oder verstärkende Situationen und gehört in die Kategorie der *problembezogenen Selbstdarstellung*, zu der Christoph bislang kaum Zugang fand. Die zweite Frage ist nicht minder aufschlussreich; sie behandelt das eigentliche Anliegen. Das verwendete Verb («suchen») hat einen dynamischen, prozesshaften Charakter: Es macht kenntlich, dass der Therapeut daran interessiert ist zu erfahren, wie sich Christoph den therapeutischen *Weg*, die anstehenden Therapieaufgaben, vorstellt. Das *Ziel*, die Behebung des lästigen Symptoms, ist aus dem *Zielkommentar* der Eröffnung längst bekannt.

Christoph antwortet auf beide Fragen: (a) die Vorstellung, dass ihm eine Tätigkeit mit klaren Strukturen eine Zeit lang besser tun (aber mit seinem Wunsch, das Studium zu beenden, in Konflikt stehen) würde; und (b) «also was ich eigentlich suche ist dass ich irgendwo ... kann ... den antrieb finden ... die ziele zu erreichen. ... dass ich mir irgendwo das: ziel vornehmen kann! und das dann auch durchziehen kann». Wie schon bei den Sequenzen mit den freien Gesprächspausen scheinen diese Antworten hier vermeintlich adäquat zu den gestellten Fragen auszufallen. Indem er die vom Therapeuten eingeführte Begrifflichkeit («suchen») übernimmt, stellt er auf lexikalischer Ebene überdies lokale Kohärenz her. Thematisch jedoch wurden die beiden Therapeutenfragen nicht kohärent beantwortet (dispräferierte Antworten), denn Christoph hat weder über mögliche Ursachen seiner Schwierigkeiten gesprochen noch darüber, *wie* seine Ziele im Rahmen einer Psychotherapie anzugehen wären.

Empathisch resonant greift daraufhin der Therapeut die Worte des Klienten auf («wo ist er echt dieser antrieb? oder wo könnte man den finden? suchen?») und versucht noch einmal, auf die Ursache der Antriebsstörung zu sprechen zu kommen. Dieser zweite Versuch wird jedoch durch Christophs nachdrücklich («ja eben») geäußertes Nicht-Wissen im Keim erstickt («ist mir eigentlich eben auch nicht so ganz klar.»). Dieses Nicht-Wissen wird daraufhin vom Therapeuten in einen neuen Kontext gestellt («ja, das ist auch ein grund warum sie +hierher kommen?»). Indem er dies tut, führt er natürlich seine eigene Interpretation in die Darstellung des Sachverhalts ein: Die Transformation besteht darin, Christophs Ratlosigkeit mit dessen Erscheinen im Abklärungsgespräch in Beziehung zu setzen und damit gleichsam zu einem Teil des Anliegens zu machen. Indem er seine Intervention als Frage gestaltet, fordert er Christoph im Sinne der konditionellen Relevanz eine Antwort ab und lässt sich auf diese Weise seine Version bestätigen («das ist eigentlich+ der grund ja»).

Es entsteht anschliessend eine freie Gesprächspause, die vom Therapeuten dazu genutzt wird, eine korrigierte, präzisere Fassung zu seiner Eingangsfrage zum Anliegen zu stellen:

Sequenz 2 (Z 394-420)

- T/ hm hm. ja - - was haben sie für vorstellungen für erwartungen? in mich zum beispiel. oder beratungsstellen?
- C/ hä ja eigentlich - no- eigentlich noch nichts konkretes (+hm) also+ ich habe, gedacht - die letzte woche irgendwann - ich wollte jetzt einfach etwas machen! (ja) und da ist mir dann - eben dieser ort in den sinn gekommen [...] und dann habe ich das gefühl gehabt ja jetzt, ich will einfach mal einen schritt machen oder +irgendwo (hm+) zum auch für mich selber; also ich habe einfach immer mehr das gefühl gehabt auch irgendwo, in mich hinein zu rutschen oder? (ja ja) und dass ich irgendwo da wieder kann ausbrechen +aber (hm+) ohne konkret, sagen zu können ja was: (hm) was man machen muss oder was: was es soll, +geben.

Christophs Antwort ist für seine Verhältnisse ebenfalls klarer gehalten: Er habe keine konkreten Vorstellungen, nur das Ziel, «etwas machen», «einen schritt machen» zu wollen, «ausbrechen» zu können. Es ist wohl kein Zufall, dass er sich dabei eines dynamischen Vokabulars bedient, dies als Gegensatz zum Problem der Inaktivität in der Blockade. Christoph betont hartnäckig, dass er keine Vorstellung habe, wie eine solche Veränderung zu erreichen wäre. Dass der Therapeut nicht zufrieden mit dieser Antwort ist, zeigt sich daran, dass er, die Worte Christophs paraphrasierend, sich noch einmal rückversichert – und wiederum dieselbe Antwort erhält:

Sequenz 3 (Z 469-471)

- T/ hm ja. und s- haben sie denn haben sie kein-, in der so vorstellung von psychotherapie.
- C/ eigentlich nicht gross +nein.

Wiederum nicht zufrieden gestellt, wird das Thema des Anliegens von einer anderen Perspektive aus angegangen:

Sequenz 4 (472-486) mit Schweigephase

- T/ hm+. haben sie nie jemanden gekannt der das gemacht hat. oder gehört davon oder so.
- C/ doch das schon +ja
- T/ ja+. was wissen sie? also was, ja
- C/ ja! also ff: äh eben irgendwo einen, hilfstellung oder +eine begleitung (hm+ hm) vielleicht einfach, problemlösung nicht alleine, versuchen sondern irgendwo, (ja ja) anleitung zu haben (hm hm - hm - -) aber eben ich muss sagen ich habe an sich, ja! ich habe, mir auch nichts konkretes vorgestellt ich habe gedacht ich: ja eben ich komme +jetzt mal vorbei schaue mal

Dieser indirekte Zugang über die Berichte anderer macht es nun möglich, dass Christoph dabei übernommene Vorstellungen von Psychotherapie wiedergeben (Hilfestellung, Begleitung, die Problemlösung nicht alleine angehen zu müssen, Anleitung) und dabei trotzdem darauf beharren kann, selbst keine konkrete Vorstellung zu haben.

Wie ist das nun zu verstehen? Mit Rückbezug auf die Eröffnungssequenz fällt auf, dass der Therapeut in den *Zielkommentaren* jeweils keine Erwähnung fand. Formuliert waren diese in der Aktivkonstruktion (z. B. Z 24: «**ich** muss ein bisschen einen schritt draus heraus machen»). Bei der Anliegenklärung in diesem Gesprächssegment gelingt es dem Therapeuten trotz wiederholten Nachfragens nicht, dem Klienten eine Aussage zu entlocken, die ein 'in Beziehung sein', ein Involviertsein mit ihm ausdrücken würde. Bereits in der Eröffnung fiel dessen distanzierte Sprache auf. Hinweise darauf, dass Themen der Nähe, Berührung und Intimität konflikthaft belegt sein könnten, liefert zusätzlich die Beachtung der (wenigen) Passagen, in denen Christoph sein soziales Umfeld erwähnt: Der Therapeut spricht «freundschaften» und das «zusammensein mit leuten» (Z 143f.) an, der Klient antwortet, dass er froh über «kontakt» (Z 146, 152) sei. Von sich aus erwähnt er «ein paar kollegen» (Z 165), mit denen er etwas trinken gehe.

Bis hier verläuft die Interaktion zunächst nach dem Muster, dass der Therapeut fragt und der Klient kurz Antwort gibt (Sequenzen 1 - 4). Erst in Sequenz 5 verändert es sich hin dazu, dass Christoph von sich aus (indirekte) Forderungen an den Therapeuten stellt und dieser sich erklären muss:

Sequenz 5 (487-506)

- T/ hm ja das,+ das finde ich gut, das, ist sicher richtig hm. ja. -- ja das ist natürlich äh, ich nehme an dass sie, können sie sich v- vo- vorstellen dass, dass es natürlich nicht ein rezept gibt +oder so sondern (*mh ja+*) dass das äh, eben eine begleitung oder ein: eine gemeinsame arbeit ist. und dass es verschiedene möglichkeiten gibt, diverse äh, wege! um zum ziel zu kommen wo, ähm etwas ist was sie für sich müsst- müssen ähm, zum vielleicht ein bisschen abklären oder ein bisschen schauen so! verschiedene formen vo- von therapien, von von ähm ansatzpunkten, so also das äh - und dann natürlich äh, ja ist es arbeit! so, relativ zeitaufwändig in der regel. - hm - - - haben sie den eindruck sie hätten jetzt das wesentliche erfahren? -
- C/ m- m- ja! also eben ich - frage mich eben was was kann man machen in so einer +situation (*hm+*) oder was ist äh, was gibt's für möglichkeiten +konkret (*hm+*) und bringt's; oder was kann es einem bringen.

Indem der Therapeut sagt, dass es kein Rezept gebe, weist er Christophs Vorstellung von Psychotherapie als einer Art rein instruktiver, anleitender Behandlung zurück. Stattdessen beschreibt er Therapie als gemeinsame Arbeit. Insgesamt sind seine Ausführungen relativ allgemein gehalten. Er spricht nicht an, wie man Christophs Problem konkret angehen sollte und präsentiert keinen Lösungsweg, sondern betont stattdessen, dass verschiedene Wege zum Ziel führten.

In der darauf entstehenden freien Gesprächspause übernimmt Christoph das Rederecht nicht. Der Therapeut wechselt daraufhin in seiner nächsten Intervention auf die Metaebene («haben sie das wesentliche erfahren?»). Zu recht, denn offenbar hat Christoph das Wesentliche noch nicht erfahren. Diese erste Antwort des Therapeuten scheint ihm nicht zu genügen, was sich in seiner implizit formulierten Bitte äussert, «konkret» über die therapeutischen Möglichkeiten zu informieren.

Hier geht eine weitere Veränderung in der Gesprächsdynamik vorstatten: Zuvor war es der Therapeut, der mit seinen immer präzisieren, fragenden Interventionen seinem Klienten konkrete Antworten abverlangte (Z 41ff.: «vielleicht können sie's noch ein bisschen genauer schildern ... mit einer situation .. was für themen»; Z 109: «zum beispiel?»; Z 218ff.: «ist mir jetzt noch nicht so ganz ... transparent! also wo genau ...»; Z 307: «was! konkret»; Z 309ff.: «können sie mir mal ... schildern ... einen tag ... wie er sein müsste! ganz konkret mit den inhalten .. so dass ich mir ganz plastisch kann vorstellen»). Nun aber ist Christoph derjenige, der präzisere Antworten verlangt, und es ist der Therapeut, der in seiner Beschreibung von Psychotherapie allgemein bleibt. Das Thema (Fassbarkeit, Greifbarkeit) bleibt aber dasselbe.

Sequenz 6 (Z 507-526)

- T/ ja, hm hm. - ja! also ich kann ihnen nicht ein rezept +äh, (*jaa!+*) +sagen.
- C/ klar+ ja. - - - eben und und natürlich auch die frage, ja was, was ist! es eigentlich oder +man (*hm+*) also man liest ja heute viel über - derartige probleme! +und (*ja+*) das ist ja auch ein bisschen, ja also mode! sag ich jetzt mal. es ist etwas wo:, oder wo man sich se- wo man sich bewusst ist das (*hm?* -) das sagen wir im bewusstsein der leute +relativ weit oben (*ja ja ja+*) steht und von dem her - äh relativ verbreitet aber was denn konkret - in dem fall ähm +machbar (*hm+*) ist. (*hm hm -*) ja das weiss ich eben auch nicht.

Anhand der Therapeutenantwort lässt sich erkennen, dass er Christophs implizite Forderung, konkret über die Möglichkeiten und Vorgehensweisen in einer Psychotherapie aufgeklärt zu

werden, durchaus verstanden hat. Doch sie wird abgelehnt, indem er zum zweiten Mal anführt, es gebe kein «rezept». Christoph beharrt jedoch auf seiner Forderung und fügt seinen Worten mehr Überzeugungskraft hinzu, indem er anführt, dass die therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der Antriebslosigkeit längst zum Allgemeinwissen gehören. Wenn jetzt der Therapeut keine präzisere Antwort zu geben weiss, käme das einer Weigerung gleich, das (offensichtlich vorhandene) Fachwissen trotz wiederholter Bitte nicht kenntlich machen zu wollen. Diese Position ist keine erstrebenswerte. Der Druck auf den Therapeuten steigt, diesmal Christophs impliziter Forderung nachzukommen. Dies führt schliesslich dazu, dass der Therapeut daran anknüpfend zwei Minuten lang beschreibt, was Therapie bedeuten kann (siehe Paraphrasierung).

15.3.2.3 Zusammenfassung

Die Aushandlung des Anliegens geht nicht ohne Reibungen vonstatten. Sichtbar wird dies an der Anzahl der Anläufe, die der Therapeuten – später auch Christoph – unternehmen, um Antworten auf ihre (explizit oder implizit gestellten) Fragen zu erhalten. Fünfmal stellt der Therapeut die Frage nach Christophs Erwartungen oder Vorstellungen an den psychotherapeutischen Prozess und die zu behandelnden Themen. Doch immer wieder laufen dessen Antworten auf dasselbe heraus: Konsistent und konzis streicht Christoph sein Ziel (Symptomreduktion) heraus (Sequenz 1) und beschreibt dies in ähnlichen Worten (Z 411.: «mal einen schritt machen») wie in der Eröffnungssequenz (Z 24: «einen schritt draus heraus machen»). Er macht mit Nachdruck deutlich, dass er weder über Vorwissen in der Bewältigung seiner Problematik verfügt (Sequenzen 1, 2, 5 & 6) noch eine Vorstellung betreffend einer Therapie oder Beratung hat (Sequenzen 2 bis 6). Seine indirekt geäusserte Forderung nach konkreter Hilfe und Anleitung wird zweimal an den Therapeuten herangetragen (Sequenzen 5 & 6). Die Gesprächsdynamik verändert sich im Laufe dieses Segments. War es zu Beginn der Therapie, der bohrende Fragen stellte und auf klare Antworten pochte, so ist es zum Ende hin Christoph, der vom Therapeuten präzise Anleitung für das weitere Vorgehen verlangt.

15.3.3 Abklärungsangebot

15.3.3.1 Paraphrasierung

Nachdem der Therapeut über die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten informiert hat, bietet er Christoph eine fünfstündige Abklärung an mit dem Ziel, sich ein Bild der Problematik zu verschaffen und eine erste Vorstellung von Psychotherapie zu erhalten (Z 564: «wie sich das anfühlt wie das läuft!»). Danach könne eine Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie beziehungsweise auch bezüglich der Art des Verfahrens getroffen werden. Christoph bekundet dafür grundsätzlich Interesse, will aber vorher noch abklären, ob die Abklärung finanziell einen Unterschied zur studentischen Beratungsstelle macht. Der Therapeut legt ihm daraufhin sein Angebot nochmals nahe mit der Begründung, dass mit diesem Erstgespräch ein «anfang gemacht» (Z 619) sei und es schade wäre, die bereits begonnene Abklärung einfach abubrechen. Der finanzielle Aufwand sei ausserdem überschaubar und angemessen, argumentiert er weiter.

15.3.3.2 Miteinbezug des Klienten in die Entscheidungsfindung

Der Therapeut drückt seine Meinung explizit aus, nämlich dass er es für sinnvoll erachtet, dass Christoph bei ihm eine fünfstündige Abklärung aufnimmt, um Klarheit in seine Leidsituation zu bringen und Orientierung in Bezug auf eine Therapie zu erhalten. Dabei bezieht er sich auf seine Intervention («ja, das ist auch ein grund warum sie +hierher kommen?») in Sequenz 1 (Kap. 15.3.2.2), mit der er Christophs Aussage, dass alles so unklar für ihn sei, transformativ in einen neuen Kontext gestellt hatte; die Suche nach Klarheit wurde da zum Anliegen an die Abklärung. Dennoch will er Christoph den Raum lassen, seine Entscheidung selbstständig zu treffen (Z 631-667):

- T/ das heisst wir können's uns jetzt auch noch ein bisschen überlegen. also sie können mir auch fragen stellen oder? können ihre, ähm bedenken, mal sagen vielleicht oder so. vielleicht können wir das ja; wir haben ja noch ein bisschen zeit! (*ja*) gleich jetzt überlegen oder also, was was spricht dafür was spricht dagegen oder noch so dem ein bisschen nachgehen! ähm, was sie eigentlich möchten. oder wie das so aussieht was ihnen behagt oder so. vielleicht haben sie auch äh, mh fragen oder -
- C/ mh ja also, das ist an sich schon der, wunsch gewesen den ich gehabt habe. oder dass; wieso dass ich hier gekommen bin +eben (*hm+*) zum mal - dass irgendwo: äh auch für mich noch ein bisschen klar; dass mir das klarer wird. weil (*hm*) ähnä, eben das ist denke ich: auch ein bisschen ein teil vom: problem, so ein bisschen das nicht wissen wo +was wo (*hm+*) also,

auf eine art weiss ja eigentlich alles. ich weiss ich müsste; was ich machen müsste (*hm*) aber, das problem ist dass es einfach irgendwo nicht geht! +und (*ja+*) dass ich für das den weg finde und +dass (*hm+*) man das sicher irgendwo muss - mal anschauen muss. aber eben ob; was ich dann genau, dafür oder dagegen kann machen da, (*hm*) das weiss ich auch nicht! (*ja*) und darum, (*ja ja*) fände ich es schon - schon gut oder darum bin ich ja eigentlich auch +gekommen?

Mit dem Angebot, gemeinsam noch einmal das weitere Vorgehen zu überdenken, öffnet der Therapeut einen Reflexionsraum für den Klienten, den dieser auch sofort nutzt, um nochmals das für ihn Wesentliche auszusprechen. Es ist das erste Mal, dass er einen «wunsch» erwähnt. Ein solcher kann in diesem Zusammenhang mit einem Anliegen gleichgesetzt werden: Es ist sein Wunsch/Anliegen, Klarheit zu erlangen. Was der Therapeut in Intervention in Sequenz 1 erreichte, nämlich Christophs Ratlosigkeit zu einem Teil des Anliegens zu machen, wird hier von diesem aufgegriffen: «das nicht wissen» ist «teil vom problem» und müsse im Rahmen einer Abklärung 'angeschaut' werden. Mit dem Angebot, im Rahmen einer Abklärung mehr Klarheit gewinnen zu können, erfasst der Therapeut Christophs Anliegen demzufolge präzise. Die Unkenntnis ist das erste Problem, das es zu lösen gilt. Erst wenn Klarheit und Orientierung geschaffen sind, kann über Lösungen nachgedacht werden.

15.3.4 Problemklärung: Detaillierung des Problems

15.3.4.1 Paraphrasierung

Eingeleitet wird diese zweite Runde der Problemklärung vom Therapeuten, der dem Vorgehen des linearen Fragens treu bleibt. Wir erfahren dadurch etwas mehr über Christophs Studiensituation. Er studiert im 14. Semester Geschichte und Englisch und hat auch schon einige Kurse für das höhere Lehramt absolviert. Für ein geisteswissenschaftliches Fach ist die bislang aufgewendete Studienzeit «nicht so dramatisch» (Z 747), wie beide Gesprächspartner anerkennen. Allerdings wäre es seit drei Jahren absehbar, mit der Lizentiatsarbeit zu beginnen, die Christoph bislang (und teilweise auch aufgrund eines zeitweise sehr hohen Lehrpensums als Nebenerwerb) hinausgeschoben hat. Noch stehen zwei Semesterarbeiten an. Konkret hat sich Christoph für deren Bearbeitung keine (Arbeits-)Ziele gesetzt, sondern wünscht sich einfach, dass es wieder mehr 'einhängt' (Z 696). Momentan sind Semesterferien, wo tatsächlich keine anderen Anforderungen anstehen. Das lasse die Problematik mit der Antriebslosigkeit

akuter aufscheinen. Sie wirke sich mittlerweile auch auf den Alltag aus, was Christoph Sorgen bereitet.

15.3.4.2 Die misslungene Deutung

Zum Ende dieses Segments hin kommt es zu einer Intervention, die hier als 'misslungene Deutung' bezeichnet wird²⁴. Auf Christophs Aussage hin, dass sich die Antriebslosigkeit mittlerweile auch im Alltag bemerkbar mache, bringt der Therapeut eine als Frage formulierte Deutung ins Gespräch ein: «ja. hat es vielleicht damit zu tun dass mi- mit dem abschliessen auch vom studium?» (Z 767f.). Dies wird verneint und Christoph betont stattdessen nochmals, dass er wirklich gerne abschliessen wolle. Das Thema wird daraufhin vom Therapeuten auch nicht weiter verfolgt.

Auffällige ist die lokale Inkohärenz zu Christophs vorhergehendem Redezug. Der Therapeut scheint für sich bereits eine Hypothese gebildet zu haben, die er mit dieser fragenden Intervention auszutesten gedenkt²⁵. Warum seine Intervention nicht gelingen kann, ist leicht zu verstehen: Sie knüpft nicht an etwas an, was der Klient zuvor selbst gesagt hat. Es wird nicht vorher eruiert, welche Bedeutung der Abschluss für Christoph haben könnte. So erscheint die fragende Deutung aus der Luft gegriffen.

15.3.4.3 Zusammenfassung des Gesprächsverlaufs der ersten Gesprächshälfte

Wir schauen den beiden Gesprächspartnern während der ersten Hälfte des Gesprächs bei ihren 'Suchbewegungen' zu. Christoph begibt sich in einer frühen Phase inneren Umbruchs (*stages of change*; Norcross et al., 2011) in die Abklärung. Es ist zwar ein Problembewusstsein entwickelt – die Antriebslosigkeit wird als Leiden anerkannt –, aber noch kein weiterer Einblick in die Problematik vorhanden. Dies zeigt sich auch in den repetitiven Erklärungen, nichts zu wissen, das Problem nicht zu erfassen und sich darum Klarheit (vom Therapeuten) zu wünschen. Norcross et al. (2011) nennen dies die Reflexionsphase (*contemplation*), «in which patients are aware that a problem exists and are seriously thinking about overcoming it but have not yet made a commitment to take action» (ebd., S. 144). In dieser Phase profitie-

²⁴ Wie eine Deutung vorbereitet werden muss, damit sie gelingen kann, wird in Kapitel 15.3.6.2 ausführlich beschrieben.

²⁵ In diese Richtung weist seine *Formulierung* (Z 193-198) in Kapitel 15.3.1.2, anhand derer sichtbar wird, wie er die in seinen Augen relevanten Informationen hervorhebt (Studienabschluss) und andere (Motivationsprobleme, Prokrastination) wiederum ignoriert (*deletion & selection*).

ren Klienten am meisten von Interventionen, die an der Erweiterung des (Problem-)Bewusstseins (*consciousness raising*) ansetzen und von solchen, die emotional befreiend und kathartisch wirken (*self-liberation, dramatic relief/emotional arousal*).

Christophs Antworten zeichnen sich durch wenig inhaltliche Kohärenz oder Fassbarkeit aus. Es finden sich überdies keine Narrative im Gespräch, also keine in sich geschlossenen Erzählungen mit einem Handlungsbogen und einer erkennbaren Struktur mit Anfang, Mitte und Schluss. Stattdessen beschränkt sich das sprachlich Mitgeteilte auf Resümees, Aufzählungen und Bestandesaufnahmen, die maximal den Charakter eines aufzählenden Berichts aufweisen. Narrative erfüllen aber eine soziale Integrationsfunktion, weil der Zuhörer emotional in die Erzählung verwickelt wird und die Perspektive des Erzählers übernimmt (Boothe, 1994, S. 53f.). Indem er, trotz Aufforderung des Therapeuten konkrete Beispiele zu nennen, auf Erzählungen verzichtet, schafft er mehr Distanz als Nähe.

15.3.5 Die Thematisierung der Gesprächsdynamik

15.3.5.1 Paraphrasierung

Nach der wohl längsten freien Gesprächspause des Gesprächs (38 Sekunden) folgt ein thematischer Bruch. Der Therapeut fragt Christoph, wie er den Gesprächsverlauf erlebe. Dieser antwortet, dass es für ihn ungewohnt und schwierig sei, das Problem zu thematisieren, weil er selber keine klaren Vorstellungen von diesem habe (Z 794ff.: «ich muss selber suchen und darum ist es vielleicht auch noch etwas schwierig»). Dabei gelingt es ihm zu differenzieren: Nicht «darüber zu reden» (Z 802) sei schwierig, sondern «mitzuteilen was ... effektiv das problem ausmacht. ... weil das nicht so klar ... greifbar ist» (Z. 804ff.). Der Therapeut teilt die Einschätzung und erkundigt sich nach dem Grund für diese fehlende Klarheit. Christoph wiederholt, dass es wohl daran liege, dass er selbst sein Problem nicht zu fassen kriege. Diese Ratlosigkeit spiegle sich in der Interaktion, konstatiert daraufhin der Therapeut. So falle ihm die Rolle desjenigen zu, «der nachfragen muss» (Z 848). Christoph reagiert kritisch rechtfertigend: Er habe vielleicht auch ein bisschen erwartet, dass da jemand sei, der etwas mehr frage. Ob diese Erwartung nun erfüllt oder enttäuscht wurde, möchte der Therapeut wissen. Christophs Antwort fällt verhalten diplomatisch aus: «vielleicht ein bisschen weder noch» (Z 886); das Gespräch sei «irgendwo ein anfang» (Z 888), «mal ein erster eindruck» (Z 891). Der Therapeut führt daraufhin Beispiele (Studienfach, Arbeit) an, die seine Aussage unterstreichen sollen, dass Christoph sozusagen nur die «verpackung» (Z 908), nicht aber den «inhalt» (Z 904) gezeigt habe und

folglich beim Therapeut auch keine konkrete Vorstellung zu Christophs Situation habe entstehen können.

15.3.5.2 Die Thematisierung des Widerstands

Wenn man also akzeptiert, dass alles Verhalten in einer zwischenpersönlichen Situation Mitteilungscharakter hat, d.h. Kommunikation ist, so folgt daraus, dass man, wie immer man es auch versuchen mag, nicht nicht kommunizieren kann. Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben alle Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht nicht auf diese Kommunikation reagieren. (Watzlawick et al., 1967/2011, S. 58f.)

Folgende Sequenz, die in einer konfrontativen Intervention endet, wird im Folgenden einer detaillierten Analyse inklusive Betrachtung des Kontexts unterzogen²⁶.

- Z 779-780 T/ hm+ hm hm - - - - (38s) wie ist so der gesprächsverlauf für sie jetzt.
- Z 781-807 C/ mja es ist noch, ein bisschen ungewohnt ... so ein bisschen das auf den punkt zu bringen weil irgendwo: i- - habe ich selber auch nicht, klare vorstellungen ... und das ist das +problem ... einfach - das m- mitzuteilen was... dann effektiv das problem dann ausmacht. ... weil das nicht so klar ... greifbar ist.
- Z 808-815 T/ hm. hm. ja also ich muss sagen also es ist für mich ich ich merke! das dass das äh - also ich habe das auch den eindruck ich ich muss sie da ich habe jetzt oft nachgefragt! so und es ist so, ähm - wie soll ich sagen? ja, es äh, es wird, mwenig konkret so. für mich. ... verstehen sie was ich +meine? so
- Z 816 C/ jaal+
- Z 817-818 T/ ähä. ist das - das wie nachvollziehbar für sie oder w- wie ist das?
- Z 819 C/ mja: irgendwo schon +ja.
- Z 820 T/ mm+ was meinen sie wie v- von was hängt das ab? - -
- Z 823 C/ dass ich, dass ich's vielleicht - selber irgendwo nicht weiss ...
- ...
- Z 847-848 T/ **hm, das bringt mich so ein bisschen in die rolle von dem der muss, der muss aktiv werden. der nachfragen muss ...**

Es ist der Therapeut, der nach der langen freien Gesprächspause das Rederecht aufnimmt und eine thematische Verlagerung vom 'äusseren' Problem der Lebenssituation hin zum Geschehen innerhalb der therapeutischen Sitzung vornimmt, indem er den Gesprächsverlauf in den

²⁶ Zwecks Übersichtlichkeit sind nur die inhaltlich bedeutsamen Dialogpassagen aufgeführt.

Dialog einbringt. Damit bereitet er seine Intervention in Zeile 847-848 (**fokale Äusserung**) vor.

Er lässt sich von Christoph (siehe Paraphrasierung) zunächst bestätigen, dass der Gesprächsverlauf sich schwierig gestaltet, lässt ihn selbst aussprechen, dass er sein Problem nicht greifbar machen kann. Diese Aussage aus dem Munde des Klienten bietet dem Therapeuten die Möglichkeit, sich in der Folge auf dieses Faktum zu beziehen, ohne sich dem Vorwurf auszusetzen, diesem einen Irrtum unterstellt zu haben. Er stimmt sodann zu («ich habe ... auch den Eindruck») und macht seine Beobachtung zur eigenen Beteiligung an der Interaktion sichtbar («ich habe jetzt oft nachgefragt!»). Auch dies ist wichtig, weil er sich in der *fokalen Äusserung* darauf beziehen wird. Noch einmal versichert er sich («verstehen sie was ich meine?»), dass das Verständnis ein geteiltes ist (P: «irgendwo schon ja.»). Damit ist erreicht, was Nothdurft (1984) in seiner Analyse von Beratungsgesprächen festhält, nämlich dass zunächst ein gemeinsames Problemverständnis erreicht werden muss, bevor man sich auf die Suche nach Lösungen begeben kann. Diese Lösungssuche führt in psychoanalytischer Manier dazu, mehr über das Problem und seine (Entstehens-)Zusammenhänge erfahren zu wollen («was meinen sie ... von was hängt das ab?»). «Psychoanalysis, especially, is based on a multifaceted theory of the unconscious, as well as an elaborate technique of dealing with it. A central aim of psychoanalysis is to expand the area of consciousness, to include ideas and affects that have been repressed» (Vehviläinen, 2008, S. 120).

Was darauf folgt, ist die eigentliche, konfrontative Thematisierung des Widerstands: «hm, das bringt mich so ein bisschen in die Rolle von dem der muss, der muss aktiv werden. der nachfragen muss». Er übernimmt dabei den Begriff («nachfragen»), den er vorher in den Dialog eingeführt hat. Diese Intervention bringt ein überraschendes Moment mit hinein: Man erinnere sich, dass Christoph seine Symptomatik als unverbunden von der eigenen Person erlebt, und dass er in seiner Sprache jegliche Involvierung mit dem Therapeuten zu vermeiden versucht. Mit dieser Intervention wird ihm nun zu verstehen gegeben, dass seine Art zu kommunizieren einen Effekt auf seine unmittelbare Umgebung hat. Somit wird er erstens (mit all seiner Passivität und Blockiertheit) zum Agens, also zu einem aktiven Handlungsträger, des Geschehens im therapeutischen Raum. Zweitens kann er sich jetzt nicht mehr als losgelöst vom Beziehungsgeschehen wahrnehmen.

Wie Vehviläinen (2003) aus konversationsanalytischen Untersuchungen psychoanalytischer Interventionen folgert, behelfen sich Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker dabei folgender Strategie: Mit der Fokussierung auf eine bestimmte Klientenhandlung lassen sie vor dem geistigen Auge eine Art Rätsel entstehen (*to invoke a puzzle*; ebd., S. 580), dessen Lösung dann die gemeinsame Aufgabe sein wird: «Connections and contradictions in the associated materials, pointed by the analyst, provide puzzles: noteworthy, enigmatic issues calling for exploration and explanation» (Vehviläinen, 2008, S. 121f.). Zwei typische Redezüge gehören zu dieser klassisch psychoanalytischen Intervention: Erstens wird eine unmittelbar vorausgegangene Klientenhandlung (Verhalten, Aussage) thematisiert (*topicalizing statement*), und zweitens wird eine ‚warum‘-Frage (*why-question*) dazu gestellt (ebd., S. 123). Im Gegensatz zu anderen Interventionen wie *Formulierungen* oder *Bemerkungen* wird in dieser Intervention ein Themenwechsel vorgenommen. Anstatt dass eine bestimmte Klientenhandlung nur beobachtet wird, wird dann direkt nach einer Begründung dafür gefragt. Dieses Vorgehen wählt auch der Therapeut bei Christoph: Die freie Gesprächspause zeigt den abrupten Themenwechsel an: Was kommt, bezieht sich in keiner Weise auf den Inhalt des vorangegangenen Dialogs. Er spricht dann die Gesprächsgestaltung des Klienten an und fragt im Anschluss, ‚wovon das abhängt‘. Die detektivistische Manier der Psychoanalyse wird hier sichtbar: Den Handlungen der Klient/innen wohnt eine versteckte Bedeutung inne.

Wie lässt sich die beschriebene Intervention nun in die psychoanalytische Theorie und Technik einbetten? Sehr kurz und verallgemeinernd gesprochen, zeichnet sich die Psychoanalyse als Therapie dadurch aus, dass sie abgewehrte, unbewusste, potenziell krankmachende Aspekte des Seelenlebens (Wünsche, Ängste, Konflikte, unbewusste Beziehungsgestaltung u.a.) dem Bewusstsein und damit auch einer Modifikation zugänglich machen will. Ein zentrales Prinzip der Psychoanalyse ist es darum, die Widerstände der Klientinnen und Klienten gegen die analytische Arbeit aufzudecken. Bei Christoph ist die Fähigkeit, frei zu sprechen und Einfälle zu entwickeln, offensichtlich blockiert. Die unbewusste ‚Weigerung‘ über sich nachzudenken, ist ein potenzielles Hindernis in der (aufdeckenden) analytischen Arbeit. Sie funktioniert auf Klientenseite nach der Grundregel der *freien Assoziation*, sieht also das unzensurierte Sprechen über Gedanken und Einfälle vor. Aus dem vorangehenden Gesprächsverlauf lässt sich jedoch schließen, dass dem durch klärende inhaltliche Fragen zum Problem nicht beizukommen ist. Die Intervention des Therapeuten zielt nun darauf ab, den unbewussten Widerstand zum Thema zu machen. Dieser wird jedoch nicht in erster Linie als ‚Problem‘ in der

Interaktion behandelt, sondern – und dies zeigt die weiterführende (Warum-)Frage des Therapeuten an – als Startpunkt zur Exploration.

Subtil werden dem Klienten mit dieser Intervention zwei Besonderheiten der psychoanalytischen Therapie vor Augen geführt: Erstens wird über die therapeutische Beziehung gesprochen und dieser demzufolge eine thematisierungswürdige Bedeutung zugestanden. Zweitens wird dem Klienten zu verstehen gegeben, dass ein psychoanalytisches Gespräch nicht mit einem ärztlichen Interview gleichzusetzen ist, in welchem die Fachperson aktiv nachfragt und der Klient bloss darauf zu reagieren braucht.

15.3.5.3 Die Folgen der Konfrontation

Werden Klientenhandlungen direkt thematisiert oder beschreibend charakterisiert, so wirkt dies herausfordernd, manchmal nur aufgrund des ‚Formats‘ sogar etwas anklagend. Dementsprechend ziehen solche Interventionen *interaktionelle Konsequenzen* nach sich: «Thus, focusing on the client's action may lead to confrontative sequences, where each client's move is focused on as evidence of the analysts's interpretation ... Indeed, this device often appears in chains: if one occurs, a set of them is bound to occur and an argumentative sequence ensues» (Vehviläinen, 2008, S. 137). Genau dies geschieht auch in dieser Sequenz: Im Sinne einer Kettenreaktion zeigt sich der Klient zunächst defensiv, dann selbstreferenziell. Der Therapeut wiederum reagiert darauf mit Beispielen, die seine Beobachtung untermauern sollen.

Der Klient in der Defensive

Weswegen die *fokale Äusserung* (**fett**) als *Konfrontation* bezeichnet wird, wird aus dem weiteren Verlauf verstehbar (Z 855-870):

- | | | |
|---------|----|---|
| 847-852 | T/ | hm, das bringt mich so ein bisschen in die rolle von dem der muss, der muss aktiv werden. der nachfragen muss ... ja ist das; erleben sie das auch so? oder können sie das nach- verstehen wenn +ich das //(?:vielleicht so) |
| 853 | C/ | ja! ja das+ versteh ich schon +ja eben |
| 854 | T/ | ja ja ja+/- |
| 855-856 | C/ | und ich habe irgendwo auch - - mja, gut vielleicht habe ich das auch ein bisschen erwartet oder? |
| 857 | T/ | +was? |
| 858-870 | C/ | also+, dass - nicht genau gewusst was:, w:as ich denn eigentlich kann! sagen oder wo wo das kommt und vielleicht auch erwarte dass dann jemand da ist der |

mehr, auch fragt! oder? also irgendwo dass ich mir das vielleicht kann überlegen dass es mir klar wird.

Der Therapeut lässt sich zunächst die gemeinsame Sicht der Dinge rückbestätigen. Dem Klienten bleibt im Grunde nichts anderes übrig, als dem Gesagten zuzustimmen, da die gesamte Handlungskette inklusive der vielen Rückbestätigungen des Therapeuten auf ebendiese Aussage hinführten.

Why is focusing on the client's prior action such a compelling form of evidence to support the analyst's interpretative statements? This strategy draws upon actions that have taken place in the 'public' space between the participants. This, indeed, is what the analyst takes such care to show. It is difficult for the client to deny that some action just took place, although it is, of course, possible to argue against a particular interpretation regarding that action. (Vehviläinen, 2008, S. 137)

Christophs anschließende Aussage (Z 858ff.) ist eine Rechtfertigung. Anhand dieser defensiven Reaktion wird sichtbar, dass die *fokale Äusserung* des Therapeuten als Kritik aufgefasst wird. Es wird impliziert, dass etwas an Christophs Gesprächsstil nicht richtig sei. Auch Vehviläinen (2008) folgert aus der systematischen Untersuchung solcher 'aufdeckender' Sequenzen, dass die zentrale psychoanalytische Arbeit – Auffälligkeiten in der Rede oder im Verhalten der Klientinnen und Klienten zu identifizieren und anzusprechen – zu Auseinandersetzungen oder zu defensiver Rede einlädt. Die defensive Reaktion sei hier also nicht der Persönlichkeit des Klienten zuzuschreiben, sondern der Art der Interaktion. «With conversation analysis, it is ... possible to characterize the dynamics of this type of intervention and explicate its interactional consequences: namely, that topicalizing action tends to instigate argument, and that the defensiveness the client becomes accountable for is a result of the interaction between the two participants» (ebd., S. 137).

Selbstreferenz

Durch Thematisierung einer zuvor gezeigten Klientenhandlung wird die Person des Klienten ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt und dieser für seine Handlung verantwortlich gemacht: Er weiss damit, dass jede Berichtigung, Haltung oder Erklärung nun mit Verweis auf seine Person zu machen ist. Für Christoph bedeutet dies, dass er nun über sich selbst sprechen (und nachdenken) muss; etwas, das er seit Gesprächsbeginn vermieden hatte. In der Folge nimmt Christoph zum ersten Mal eine Selbstzuschreibung vor (Z 893-899):

C/ ja also ich denke ich bin grundsätzlich nicht der typ der einfach so:, von sich aus gross äh erzählt oder? das ist vielleicht, vielleicht etwas dass ich ein bisschen +brauche, ein bisschen den antrieb brauche oder.

Die lang erwartete Selbstreferenzialität Christophs mutet wie ein wundersamer Zug an. Sie ist aber, wie die konversationsanalytische Sequenzanalyse sichtbar macht, der konfrontativen Intervention des Therapeuten zuzuschreiben. Erstmals setzt Christoph sein Symptom mit seiner Person in Bezug (ich bin eine Person, die den Antrieb – von aussen – braucht).

Anführung eines weiteren Belegs

Nun setzt der Therapeut an, das Gesprächsverhalten Christophs durch weitere 'Fakten' zu untermauern (Z 900-910):

T/ mir ist das jetzt aufgefallen dass ich äh, dass sie jetzt sehr eigentlich sehr viel erzählt haben, und ich habe nicht gewusst was sie st- zum beispiel studieren. oder ich habe nicht äh sozusagen wie den inhalt - haben sie mir gar nicht +gesagt? oder was; sie haben eigentlich sozusagen v- ähm, wie soll ich sagen, die verpackung s- haben sie +mir gezeigt. aber was drin ist - hab ich nicht gesehen.

Warum hält es der Therapeut für notwendig, noch einmal 'nachzudoppeln'? Was aus Christophs Aussage (auch für den Therapeuten) erkennbar wird, ist das fehlende *Veränderungsbewusstsein*. Das Symptom wird nun zwar erstmals als Teil der Persönlichkeit anerkannt, aber gleichzeitig auch zu einem stabilen Persönlichkeitsmerkmal (*trait*) erklärt («ich bin grundsätzlich nicht der typ»). Christophs Aussage klingt abschliessend. Jede Auseinandersetzung – und das weiss jeder, der schon einmal in Beziehungstreitereien verwickelt war und dabei in die Defensive geraten ist – lässt sich mit einem 'ich bin halt so' im Keim ersticken. Implizit enthalten ist darin, dass das Gegenüber einen so zu nehmen hat, wie man 'eben' ist. Diese Reaktion Christophs passt auch zum motivationalen Stadium der Veränderung (*contemplation*), in welchem er sich befindet. Norcross et al. (2011) halten dazu fest, dass Klienten in dieser Phase typischerweise noch über wenig Veränderungsmotivation verfügen, da sie den 'Preis' scheuen, den die Arbeit an der eigenen Person mit sich bringen würde. «Contemplators struggle with their positive evaluations of their dysfunctional behavior and the amount of effort, energy, and loss it will cost to overcome it» (S. 144). Aufgabe des Therapeuten ist es, diese

Motivation zu wecken. Er geht dies an, indem er zur Überzeugung ein weiteres Beispiel aus dem Gespräch (Studium) aufführt.

15.3.6 Ein gemeinsames inhaltliche Anliegen entwickelt sich

15.3.6.1 Das inhaltliche Anliegen wird benannt

Christophs Gesprächsgestaltung wird im unmittelbaren Anschluss an den zuvor beschriebenen Redezug des Therapeuten von diesem zum Problem erhoben, das einer gemeinsamen Bearbeitung bedarf («es ist so eine beobachtung ... ein gedanke über ... den verlauf des gesprächs ... wo man könnte äh, ansetzen»). Damit ist das Anliegen an die nachfolgenden Abklärungsstunden benannt:

Z 924-949

- T/ ich weiss nicht was es bedeutet! es ist so eine beobachtung oder? +und (hm+) einfach auch, jetzt ein ein gedanken über über den verlauf des gesprächs und äh ... wir sind ein bisschen am suchen! oder wo man könnte äh, ansetzen oder so. und das ist jetzt mal, so ein,
- C/ ja also +doch jetzt
- T/ hinweis.+
- C/ eben das ist mir, o- irgendwo schon bewuss: - dass ich häufig wahrscheinlich das; oder es wird mir jetzt +bewusst (hm hm+) eben und dass es vielleicht auch - einen zusammenhang hat irgendwo ss: so ein bisschen das: ein bisschen schwammig halt, um mir selber auch nicht dann, konkret müssen, (ja!) werden. kann +ich mir vorstellen also
- T/ weiss; ja; ich weiss nicht ob es+ ob es; ja: die frage was ist dahinter! +ja ich (hm+) meine so was was - was denken sie oder was sie noch für d- gedanken oder phantasien da, die sie aber nicht! s- sagen oder nicht sagen können. +die w- (hm+) sicher da sind. so also. was immer auch die gründe sind also so das, ist vielleicht auch eine schwierigkeit ja. - hm -
- C/ jaa. also vielleicht hat das: also das ist denke ich, durchaus auch ein punkt wo man könnte, ja wo man effektiv könnte ansetzen. (ja hm) dass+ ich - mja vielleicht mühe habe - klar zu sagen und irgendwo ausweichen oder?

Christoph stimmt dem Therapeuten zu, und zwar nicht durch ein blosses Signal der Einverständnis (z. B. 'ja'), deren Wert zum Teil zweifelhaft ist (Bercelli et al., 2008). Menschen reagieren manchmal auch aus reiner Höflichkeit, Diplomatie oder zur Vermeidung von Konflikten und weitere Diskussionen mit einer kurzen Bejahung. In seiner *erweiterten Zustimmung* (*extended agreement*; ebd.) steuert Christoph vielmehr aktiv zum Verstehen bei. Er macht hier zum ersten Mal in expliziten Worten auf einen «zusammenhang» sowie auf die Erweite-

nung seiner bewussten Wahrnehmung («oder es wird mir jetzt +bewusst») aufmerksam. Aus dem Gesagten wird jedoch nicht klar ersichtlich, worauf sich der Zusammenhang nun genau bezieht. Die fehlende Präzision bleibt inhaltlich bestehen. Der Klient kann seine (zum Problem erklärte) Art zu kommunizieren nicht einfach abstreifen, aber er kann sie zumindest in einem ersten Schritt als thematisierungswürdig wahrnehmen. Der «punkt wo man ...effektiv könnte ansetzen» zeigt zudem an, dass es im Rahmen dieses Erstgesprächs zu einer Entwicklung gekommen ist: Das Ziel an eine Psychotherapie (Symptombehebung) stand schon zu Beginn fest, nun ist zum ersten Mal auch für beide Gesprächspartner ein Weg dorthin ersichtlich. Christoph zeigt auch lexikalisch («ansetzen») seine Übereinstimmung mit dem Therapeuten an. Der Therapeut wiederum bezieht sich auf zwei zentrale Aspekte der Psychoanalyse: Zum einen auf das Unbewusste («was ist dahinter!»), das es zu erschliessen gilt und zum anderen auf Christophs (unbewussten) Widerstand gegen die freie Assoziation («gedanken oder phantasien ..., die sie aber nicht! s- sagen oder nicht sagen können»).

15.3.6.2 Das Problemverständnis erweitert sich: Zusammenführung von Persönlichkeit und Symptomatik

Mit dem «ausweichen» (Z 954, vorhergehende Sequenz) bringt Christoph eine neue Note in die Thematik ein, denn unpräzise zu sein bedeutet nicht dasselbe wie auszuweichen. Auch diese Handlungsweise gehört zum *extended agreement*. Indem er weitere Belege für die neue, gemeinsam entwickelte Problematik anführt, lädt Christoph erstens das Gegenüber ein, mit ihm das Thema weiter zu erforschen. Zweitens signalisiert er implizit seine Zustimmung zum Thema und seine Motivation zur gemeinsamen Reflexion. Der Therapeut steigt auch sogleich darauf ein und fragt, ob dem Klienten dies bereits früher in einem anderen Zusammenhang begegnet sei. Christoph sagt, es sei «allgemein» (Z 963) seine Art zu kommunizieren (Z 967ff.: «versuche eher ein bisschen: möglichkeiten offen zu lassen! auch für den andern»). Diese Aussage führt zur ersten *Deutung (interpretation)* seitens des Therapeuten (Z 973-976):

T/ ja+. also, w- es deutet darauf hin dass es, vielleicht schon einen zusammenhang hat mit m- mit dem wo sie m-, bericht-, versuchen zu berichten oder berichten auch so. das thema jetzt äh, ihre schwierigkeiten so, mit dem ä: eben nicht vorwärts +kommen

Eine kanonische Definition der psychoanalytischen Deutung ist diejenige Greensons (1967): «To interpret means to make an unconscious phenomenon conscious. Most precisely, it

means to make conscious the unconscious meaning, source, history, mode, or cause of a given psychic event» (S. 39). Aus konversationsanalytischer Warte wird die Deutung folgendermassen beschrieben: «The analyst treats a topic following another topic in the client's talk as an *association* of that topic, that is, as essentially connected to the first topic by an unconscious link» (Vehviläinen, 2003, S. 574). Die Deutung durch den Therapeuten meint also, dass dieser zwei Aspekte, zwischen welchen zuvor noch keinerlei assoziative Verbindung bestand, in einen sinnhaften Zusammenhang stellt. So geschieht es auch hier, indem die Verbindung zwischen der Persönlichkeit Christophs (die Tendenz, unklar zu bleiben und auszuweichen) und der Symptomatik (Antriebslosigkeit) geschaffen wird.

«If ... the client collaborates and aligns with the analyst's invitation to treat her own action as a puzzle to explore, free association or self-reflection follows», lautet Vehviläinens (2008, S. 137) Fazit zu gelingenden Deutungen. Christophs Reaktion zeigt, dass auch in diesem Gespräch der 'Schulterschluss' zustande kommt und die Motivation zur gemeinsamen therapeutischen Arbeit geweckt ist. In dem ihm zur Verfügung stehenden Masse an Selbstreflexion führt er – von sich aus und ohne Aufforderung durch eine Therapeutenfrage – einen weiteren Beleg für obige Deutung an: Er beschreibt beispielhaft und konkret, wie er, wenn eine Abgabe an seinen Professor anstehe, anfangs, sich Ausweichmöglichkeiten aufzubauen. Anstatt die Studienarbeit voranzutreiben, fülle er sich die zur Verfügung stehende Zeit mit seinem Nebenerwerb, Besuchen oder anderen Dingen (Z 985ff.). Er stimmt dem Therapeuten dann explizit zu: «dem nicht kann stellen +und ... ausweiche das +hat vielleicht schon irgendwo +einen zusammenhang» (1002ff.). Der Therapeut meint daraufhin, seine Deutung wiederholend, dass hier eine «analogie» (Z 1009) erkennbar werde.

15.3.7 Planung des weiteren Vorgehens (Paraphrasierung)

Mit dem Hinweis, dass die Zeit langsam zu Neige gehe (Z 1021-1022), wechselt der Therapeut in der 45. Minute das Thema. Nun sei es «doch noch unvermittelt» (Z 1026ff.) zu einem intensiven Gespräch gekommen. Nach wie vor schlage er vor, mit der Abklärung weiterzufahren. Dieses Angebot wird von Christoph angenommen, der einwirft, dass er noch mehr Zeit benötige, um «selber reinzukommen» (Z 1039), und weitere Sitzungen dazu für hilfreich halte. Der Therapeut betont, dass es sich um eine Abklärung nicht aber um eine Psychotherapie handle. Das Ziel sei somit ein anderes. Im Rahmen der Abklärung gelte es, die Bedeutung des Problems zu ergründen und nach Lösungsstrategien zu suchen. In der fünften Sitzung

werde Christoph auf jeden Fall eine Rückmeldung zu den Überlegungen und Empfehlungen aus der Intervention mit dem Team der Beratungsstelle erhalten. Die Entscheidung, was danach geschehen solle, liege dann beim Klienten. Der «auftrag» beziehungsweise das «ziel» (Z 1078) der Abklärung sei es demnach, Christoph zu einer eigenständigen Entscheidung über das weitere Vorgehen zu befähigen. Der Therapeut thematisiert dann den Gesprächsstil der zukünftigen Sitzung; Christoph brauche nicht zu erschrecken, wenn der Therapeut etwas zurückhaltender sei oder vielleicht auch einfach mal schweige, das gehöre dazu. Schliesslich ermutigt er diesen, auch Fragen zu stellen: «was ... auf jeden fall ... ich sie möchte ermutigen fragen zu stellen. inhaltlicher art oder so. ... zum das klären um was es geht. eben auch vielleicht ... im bezug auf auf psychotherapie. f- vielleicht vom technischen her so. einfach dass sie da wissen um, was es geht! auf was sie sich einlassen und so weiter das würde eigentlich auch dazu gehören zu dieser, zu dieser abklärung so. hm! gut?» (Z 1092ff.).

Drei Dinge fallen in diesem Segment auf: Erstens sticht die Formulierung des Therapeuten zur Intensität des Gesprächs ins Auge (Z 1026: «ich habe jetzt gefunden jetzt sind wir doch noch unvermittelt z- äh, z- ive- äh intensives gespräch gekommen»). Darin enthalten («doch noch unvermittelt») ist nämlich seine Überraschung ob dieser Wendung. Mit Blick auf die Indikatoren aus der Eröffnungsanalyse ist anzumerken, dass das Erreichen diesen Levels an Involviertheit und Auseinandersetzung den Interventionen des Therapeuten geschuldet ist, denn von Christoph war eine solche nicht zu erwarten gewesen.

Zweitens ist die durch den Therapeuten vorgenommene ausdrückliche Differenzierung zwischen Abklärung und Psychotherapie und die damit einhergehende unterschiedliche Zieldefinition beachtungswürdig. Diese deutliche Trennung in verschiedene Therapiephasen wird in Kapitel 18.1 vertieft diskutiert. Nicht nur formal, sondern auch aus klinischer Sicht macht in diesem Gespräch die klare Trennung der Therapiephasen Sinn. Mit Blick auf Christophs individuelle Problemorganisation bildet diese therapeutische Herangehensweise einen Kontrapunkt zur Vermischung, die Christoph in seiner Lebensgestaltung vornimmt. So fällt es diesem schwer, in der jetzigen Lebensphase, die der Ausbildung gewidmet ist, dem Studium die notwendige Priorität einzuräumen, und erst nach Studienabschluss den Schwerpunkt auf die berufliche Tätigkeit als Lehrer zu legen (Z 750ff.). Er schafft es ausserdem nicht, die Strukturierung des Alltags in Arbeitszeit und Freizeit einzuhalten (Z 992ff.).

Ein weiteres (geglücktes) Charakteristikum der Gesprächsgestaltung des Therapeuten liegt drittens in seiner Bereitwilligkeit, Transparenz und Orientierung zu schaffen: Bereits zu Beginn des Gesprächs informiert er über den zeitlichen Gesprächsrahmen und sorgt so für Orientierung. An dieser Stelle des Gesprächs wiederum zeigt er auf, wie die fünfstündige Abklärung als Ganzes vonstatten gehen wird. Er informiert über die psychoanalytische Gesprächsgestaltung (Schweigen und Zurückhaltung) und er klärt darüber auf, was ausserhalb der Sitzungen (Beratung im Team der Praxisstelle) geschehen wird. Auch seine wiederholten Ermutigungen Fragen zu stellen, tragen dazu bei, dass sich Christoph gut informiert fühlen sollte.

15.3.8 Beendigung (Paraphrasierung)

Es werden schliesslich vier weitere Termine in jeweils wöchentlichen Abständen vereinbart. Der Therapeut erwähnt, dass auch die Möglichkeit der weiterführenden Psychotherapie an der Praxisstelle bestehe. Dies sei jedoch ein Thema für spätere Sitzungen. Dann reicht er Christoph seine Visitenkarte mit seiner direkten Telefonverbindung, händigt einen Fragebogen (Gesundheitsscreening) aus mit dem Angebot, diesen zu erklären, sowie administrative Unterlagen (u.a. die schriftlichen Einverständniserklärung zur Videoaufzeichnung). Nach kurzer Beantwortung einer inhaltlichen Frage zum Gesundheitsscreening hakt er nochmals nach, ob Christoph noch Fragen an ihn habe, was dieser verneint. Damit endet die erste Abklärungssitzung.

15.4 Empirischer Teil IV: Die Analyse der nonverbalen Kommunikation

15.4.1 Äussere Beschreibung der Gesprächspartner

Das Gespräch findet Mitte August statt. Der Patient ist zwischen Mitte und Ende Zwanzig. Er trägt ein grünes Hemd mit kurzen Ärmeln, schwarze Hosen, schwarze Socken und schwarze Schuhe, am Handgelenk eine klassische Herrenuhr. Die schwarze Mappe lehnt neben dem Sessel. Er trägt seine blonden Haare mittellang mit einem mittigen Scheitel. Alles an ihm wirkt (gerade für einen Studenten) unauffällig-bieder. Der Therapeut, Anfang Dreissig, sticht durch seine Erscheinung wiederum heraus: Kleidung (gänzlich schwarz, weit geschnittener Samtpullover) und Styling (kahl geschorener Kopf; der Bart besteht aus einem einzigen dünnen, vom Mund herab zum Kinn verlaufenden Streifen) lassen den Bezug zur Electro-Szene (bzw. -Kultur) erkennen.

15.4.2 Christophs nonverbales Interaktionsverhalten

15.4.2.1 Reduzierte nonverbale Expressivität

Eine Analyse auffälliger nonverbaler Muster bei Christoph vorzunehmen, fällt zunächst einmal schwer, da sich seine Mimik vor allem durch eine merkliche Gehemmtheit auszeichnet. Das Unvermögen, bei der Sichtung der Videoaufnahme eine Auffälligkeit auszumachen, ist für sich bereits ein beachtenswerter Befund, zeigt es doch in aller Deutlichkeit auf, wie wenig expressiv Christophs nonverbale Kommunikation ausgestaltet ist. Nicht nur ist die Intensität der Mimik stark zurückgenommen – Anflüge von Emotionen huschen nur kurz übers Gesicht und sind in der Sichtung der Videoaufnahme in normaler Geschwindigkeit kaum wahrnehmbar –, auch die Bandbreite an Gefühlen ist generell eingeschränkt. Abgesehen vom Lächeln wird kaum ein affektiver Ausdruck in voller Ausprägung und auch in Ansätzen nur selten gezeigt. Vor allem bleibt die obere Gesichtshälfte fast regungslos. Auch in der Stimme (Intonation) ist wenig Emotionalität spürbar. Weil grundsätzlich wenige Affekte gezeigt werden, lassen sich nur wenige Blendungen oder Maskierungen finden, die Hinweise auf Ambivalenz oder die Abwehr schwieriger Gefühlszustände liefern würden. Es stellt sich die Frage, ob die Unfähigkeit zum Ausdruck deutlich ausgestalteter Gefühle vielleicht das Unvermögen widerspiegelt, diese Gefühle überhaupt in ihrer vollen Ausgestaltung innerlich wahrzunehmen und zu durchleben. Die Begrenztheit der affektiven Kommunikation fällt insbesondere auch im Vergleich mit dem Therapeuten auf, der in der Lage ist, situativ-angemessen lebhaft Affekte mimisch auszudrücken. Auch gestisch nimmt Christoph wenig Raum ein. Er schöpft seine körperlichen Möglichkeiten nicht aus. Die innere Anspannung erschliesst sich lediglich am Lippenbeissen (*Adaptor*), da Christoph ansonsten mimisch und gestisch wenig preisgibt.

Eine Analyse, die explizit den (mimisch-)affektiven Gehalt in den Mittelpunkt stellt, stösst bei dieser Art affektiver Gebremstheit an interpretatorische Grenzen. Es ist diesem Umstand geschuldet, dass die mimische Analyse in diesem Erstgespräch denn auch weniger ins Detail geht als im Erstgespräch 'Alexandra'. Detaillierte Sequenzanalysen sind von ihrer Aussagekraft her nur bedingt ergiebig.

15.4.2.2 Vermeidung des Blickkontakts

Besonders auffällig ist Christophs Blickverhalten. Es ist ihm nicht möglich, den Blickkontakt zum Therapeuten länger als ein bis zwei Sekunden aufrecht zu erhalten. Nicht dass er den

Blickkontakt generell vermeiden würde – Christoph schaut rasch hin und rasch wieder weg – er lässt den Blick bloss nirgends länger ruhen. Seine Augen sind permanent in Bewegung (während die obere Gesichtshälfte ansonsten regungslos bleibt). Dies gibt ihm ein wenig selbstbewusstes Auftreten. Auch in Sequenzen, in denen der Therapeut spricht und Christoph zuhört, blickt er nur so lange zum Therapeuten hin, wie dieser, in den Fluss seiner Gedanken vertieft, anderswohin schaut. Wendet sich dieser dann wieder Christoph zu, führt dies so gleich zu einem kurzen Unterbruch des Blickkontakts.

Das Blickverhalten dient schon Babys und Kleinkindern zur Regulierung der Erregungsintensität. Sie schützen sich damit in der Interaktion mit ihren Bezugspersonen vor Reizüberflutung (Stern, 1992). Krause (1997) sieht in der Blickvermeidung und -unterbrechung in der psychotherapeutischen Interaktion ebenfalls ein Instrument zur Erregungsregulierung. Es gibt überdies schon länger Hinweise, dass die Vermeidung des Blickkontaktes mit sozialer Ängstlichkeit in Zusammenhang steht (Daly, 1978; Farabee et al., 1993; Jurich & Jurich, 1974). Unter anderem belegt auch eine neuere Studie, die auf der objektiveren Eye-tracking-Messung beruht, diesen Zusammenhang (Horley et al., 2003). Angeblickt zu werden, kann bei Menschen mit sozialer Ängstlichkeit oder sozialer Phobie das Gefühl hervorrufen, 'prüfend' angeschaut, genauer 'unter die Lupe' genommen zu werden und zu innerlicher Aufruhr – oder eben, einer zu starken Erregung – führen. Messungen von Herzfrequenz und Hautleitfähigkeit belegen dies (Shalom et al., 2015; Wieser et al., 2009). Genau diese Angst vor Prüfung und daraus folgender negativer Bewertung kennzeichnet die ängstlich vermeidende Symptomatik (Clark & Wells, 1995; Schneier et al., 2011). Gemäss Kognitionstheorie bringt diese Angst vor kritischer Bewertung sozial ängstliche Menschen dazu, sogenannte sichere (das heisst subtil vermeidende) Verhaltensweisen wie die Abwendung des Blickes auszuführen, in der Hoffnung, ihr ängstliches Auftreten damit verbergen und in der Folge negative soziale Folgen vermeiden zu können (Clark & Wells, 1995). Indes können solch vermeintlich sichere Verhaltensweisen auch fehlschlagen. Direkter Blickkontakt ist ein klares Signal von Aufmerksamkeit und dadurch ein potenzieller Start für eine soziale Interaktion. Dann den Blick zu vermeiden, sendet spezifische Signale aus und führt dazu, vom Gegenüber als weniger warm, interessiert und sympathisch wahrgenommen zu werden (Alden & Wallace, 1995). So ist es nicht erstaunlich, dass Christophs Blickvermeidung von aussen leicht irritierend und wenig einnehmend erscheint.

15.4.2.3 Chaplin smile

Die augenfälligste Eigenart Christophs ist sein Lächeln. Er lächelt nicht, indem er die Mundwinkel schräg seitlich nach oben zieht (AU 12: *zygomaticus major*), sondern indem er sie scharf nach oben zieht (AU 13: *levator anguli oris*, oder *caninus*). Aufgrund seiner individuellen Physiognomie bewirkt aber auch das gewöhnliche Heraufziehen der Mundwinkel (AU 12) die Formung der für den *cheek puffer* (AU 13) charakteristischen 'Bäckchen' (siehe Abb. 9). Dieses Lächeln wird ebenfalls *Chaplin smile* (Ekman, 2009) oder 'Joker'-Lächeln (in Anlehnung an den fiktiven Charakter aus den Batman-Comics und -Verfilmungen) genannt. Diese Art zu lächeln ist ungewöhnlich, wird es doch von einem Muskel produziert, den viele Menschen gar nicht willkürlich bewegen können. «It's a supercilious smile that smiles at smiling», so Ekman (2009, S. 156). Hillary Clinton (Abb. 10) ist ebenfalls für dieses Lächeln bekannt und wurde in der Boulevardpresse und auf Twitter während des US-Präsidentenwahlkampfes 2016 auch heftig dafür kritisiert («'CREEPY GRANNY' – Hillary Clinton's 'scary grandma' smile freaks out Twitter users as she smirks through the presidential debate»; Hodge, 20.10.2016).



Abbildung 9: AU 6+13; AU 13+25 (Ekman et al., 2002, S. 183)



Abbildung 10: Hillary Clinton (Inside Hoops, 2017)

Wie ein solcher *cheek puffer* zu interpretieren ist, ist nach wie vor unklar. Grundsätzlich wird diese Innervation nicht mit einem *Duchenne smile*, also einem 'echten', gefühlten Lächeln in Verbindung gebracht. Wahrscheinlich löst dieses leicht spöttische Lächeln beim Betrachter deswegen auch nicht dieselben positiven Gefühle aus wie ein echtes Lächeln.

15.4.2.4 Lächeln und nonverbale Expression von Ratlosigkeit

In Christophs Mimik sind nonverbale Referenzen der Ratlosigkeit und Unkenntnis vorherrschend. So finden sich häufig sogenannte *facial shrugs* ('mimisches Schulterzucken', in Appendix C). Es handelt sich um konversationale Signale durch Anheben der Augenbrauen (Ekman, 1979), die keine Emotionalität preisgeben, sondern die Ratlosigkeit emblematisch darstellen (ebd., 2009). Ebenfalls häufig unterstreicht Christoph seine Unkenntnis durch Schulterzucken und gestische Illustrationen (Handbewegungen). Charakteristisch für seine mimische Kommunikation ist ausserdem der Habitus, problematische Schilderungen fast durchgehend mit einem *Chaplin smile* zu begleiten.

Im Folgenden ist Christophs mimisch-affektives Verhalten in der Eröffnungssequenz dargestellt. Es wird sich im Verlauf der Interaktion nicht grundlegend ändern:

Z 11-40	Interpretation der Action Units ²⁷
T/ <u>ja was:</u> <u>ist ihr anliegen?</u>	Blick zu C + facial shrug Duchenne smile + Blick zu C + (kurz) facial shrug C: Duchenne smile + Blick zu T
P/ <u>ja also wieso dass ich, jetzt mal angerufen habe mal komme ist: eigentlich etwas das mir schon länger ein bisschen äh, ja probleme gemacht hat und sich jetzt einfach in letzter <u>zeit</u> verstärkt hat. das ist, irgendwo eine antriebslosigkeit die ich habe (+hm)</u>	Chaplin smile Chaplin smile + (kurz) Frustration (Ärger) Chaplin smile + (kurz) facial shrug

P/ einfach+ ein äh, habe <u>das gefühl</u> ich käme nicht mehr weiter.	phoney smile + Blick zu T	nicht gelingende PAM
T/ <u>ja</u>	Nicken + Blick zu C	
P/ vor allem, im studium (hm)	hört auf zu lächeln, ernst	

²⁷ Auf die Auflistung der einzelnen Action Units wird zwecks Leserfreundlichkeit verzichtet. Sie sind im Appendix D unter 'Erstgespräch 'Christoph': Mimische Sequenzen' zu finden.

P/ <u>äh</u> <u>wobei das so ein bisschen,</u>	mask: (kurz) Angst + Chaplin smile Chaplin smile + Blick zu T	nicht gelingende PAM
T/	Blick zu C (keine Regung)	
P/ eben auch allgemeiner eigentlich geht.	hört auf zu lächeln, ernst, T nickt	
T/	Nicken + Blick zu C	

P/ und irgendwo habe ich jetzt das gefühl gehabt - <u>ja ich muss ein bisschen einen schritt draus</u> <u>heraus machen</u> oder?	mask: (kurz) Angst + Chaplin smile Chaplin smile + Blick zu T	nicht gelingende PAM
T/ <u>hm</u>	Nicken + Blick zu C	
P/ oder+ versuchen zu machen. (hm)	hört auf zu lächeln, ernst, Lippen- beissen	

P/ ja also - ja irgendwo komme <u>ich - sagen wir in sachen wo ich mich selber</u> <u>motivieren muss</u>	facial shrug + Schulterzucken Chaplin smile + Blick zu T	nicht gelingende PAM
T/	Nicken + Blick zu C	
P/ habe ich, sehr mühe in letzter zeit. (ja) oder es hat sich einfach verstärkt.	hört auf zu lächeln, ernst	

P/ also ich denke <u>das ist etwas das alle ken-</u> <u>nen oder?</u> (hm) aber <u>äh</u> bei mir jetzt wirklich in einem <u>moment wo ich; ich</u> <u>wüsste</u> ich hätte etwas zu tun <u>aber irgendwie schaffe ich es einfach nicht</u> <u>das zu machen.</u>	Chaplin smile + Blick zu T facial shrug leichtes Chaplin smile Chaplin smile + facial shrug starkes Chaplin smile + Blick zu T	nicht gelingende PAM
T/ <u>ja ja</u>	Nicken + Blick zu C	
P/ <u>ja und dass ich</u>	Lippenbeissen, Lächeln schwächt sich ab	

P/ <u>irgendwo das vielleicht, ein bisschen besser in den griff bekomme</u>	Chaplin smile + Blick zu T
---	----------------------------

Das anfänglich strahlende Lächeln ist die Reaktion auf das einladende Lächeln des Therapeuten und flacht dann auch wieder etwas ab. Was folgt, ist ein fast durchgehender 'Lächelstrom' mit einem alles bestimmenden *Chaplin smile* (AU 13), das ab und zu mit einer kurzen AU12 intermittiert²⁸. Die negativen mimischen Innervationen sind von blossem Auge kaum auszumachen, da sie Christophs fast permanentes Lächeln bloss um wenige Hundertstel Sekunden unterbrechen; sie schieben sich kaum merklich in den 'Lächelstrom' ein, um sogleich wieder zu verschwinden. An den Unterstrichen in der obigen Transkription wird erkennbar, wie kurz nur diese (seltenen) negativen Affekte aufscheinen. Erst durch die Slow-motion-Analyse (Bild für Bild) werden diese Mikroexpressionen sichtbar.

Die erste Schilderung der Problematik in der Eröffnungssequenz fällt emotional alles in allem äusserst verhalten aus. Ein Leidensdruck ist von Auge nicht auszumachen, es wird also nicht auf die emotionale Verwicklung des Therapeuten abgezielt. Inszeniert wird vielmehr die Darstellung eines sachlichen Problems und die damit einhergehende (fachliche) Unkenntnis: Die Problematik mutet mehr wie eine technische Angelegenheit an (wie bei einem Auto, dessen Motor wieder zum Laufen gebracht werden muss), und weniger wie ein seelisch-affektives Leiden.

Es fällt auf, wie rasch sich Christophs Mimik durch diejenige des Therapeuten beeinflussen lässt, also wie rasch sein regungsloses Gesicht aufleuchtet, wenn der Therapeut zu lächeln beginnt (wie bei der Eröffnungsfrage). Ebenso rasch 'erlischt' es aber auch, wenn jener auf sein Lächeln hin keine mimische Regung (nicht gelingende PAM) zeigt. Diese fast übertriebene Orientierung an der Reaktion des Therapeuten zeugt von wenig Eigenständigkeit und Standfestigkeit.

Ähnlich wie bei Alexandra lassen die vielen von Christoph initiierten PAMs eine Persönlichkeit erkennen, die das Gegenüber – unbewusst – mit Lächeln friedlich zu stimmen gedenkt.

²⁸ Die fliegenden, sich innerhalb von Sekundenbruchteilen vollziehenden Wechsel zwischen den AU 12 und den AU 13 in der obigen Darstellung festzuhalten, würde graphisch die Lesbarkeit zu sehr einschränken und keinen interpretatorischen Gewinn mit sich bringen, weshalb hier darauf verzichtet wird.

Christophs beziehungsregulatorische Lächelangebote folgen dabei einem klassischen Aufbau: Sie finden sich da, wo über Problematisches gesprochen wird. So geht ihnen oft ein (äusserst feines, kaum sichtbares) negatives mimisches Zeichen (leichte Frustration oder Angst) oder ein Zeichen der Unsicherheit (*facial shrug*, Schulterzucken) voraus. Darauf folgt dann das an den Therapeuten gerichtete Lächeln, das bei Nichterwiderung sogleich wieder vom Gesicht 'gewischt' wird. Lippenbeissen macht dabei die innere Anspannung deutlich (*Adaptor*).

15.4.3 Das mimisch-affektive Verhalten des Therapeuten

Dem Therapeuten ist die Konzentration während des Gesprächs an der Verwendung der dafür typischen Illustratoren (AU 4: Zusammenziehen der Augenbrauen; AU 1+2: Heben der Augenbrauen) anzusehen. Fragen werden denn auch tendenziell mit ernsthaftem Gesichtsausdruck gestellt. Auch sonst fällt er durch lebhaft engagiertes mimisches und gestisches Verhalten auf. Es hebt sich dabei stark von Christophs Habitus ab. Auf dessen Lächeln geht er für gewöhnlich nicht ein. Er verhält sich somit 'abstinenter'. Seine Fragen und Formulierungen sind in der Regel auch von einer thematisch passenden (negativen) Mimik begleitet (ein Extrembeispiel ist im nächsten Kapitel aufgeführt). Dieses Verhalten nimmt in der zweiten Gesprächshälfte zu, was eine fokussierte Arbeitsatmosphäre entstehen lässt.

15.4.3.1 Der Therapeut als markierender Spiegel

Nachfolgende Tabelle beinhaltet die erste Problemparaphrasierung des Therapeuten (8. Gesprächsminute) und ist vor allem in der Gegenüberstellung zu Christophs eröffnendem Redezug (vorhergehende Tabelle) aufschlussreich: In beiden Sequenzen wird im Grunde über dasselbe gesprochen, nämlich über Christophs Problem mit der Antriebslosigkeit im Studium. Jedoch ist das mimische Verhalten der beiden Männer grundsätzlich verschieden:

<p>Z 193ff.</p> <p>T/ ja. und für sie ist es schon sehr verknüpft mit dem <u>studium?</u> mit dem <u>äh</u>, mit dem₁ abschluss, <u>der nicht geht</u>, oder w- das gefühl dass es da nicht vorwärts geht aber doch jetzt langsam so zeit wäre? und sich dadurch etwas <u>zuspitzt?</u> oder verschärft oder sie <u>äh</u>, ähm₁ zunehmend in eine so ein bisschen in <u>die enge</u> treibt. oder ist das ffalsch?</p>	<p>Ärger + Blick zu C (4B+7B+69) Ärger (7B) Ekel (9D+15C+17C) Ärger + Blick zu C (4E+7D+69) Ärger + Blick zu C (4C+7B+69) Angst (12B²⁹+L20C) Verachtung (R10B+17B) Ärger + Blick zu C (4B+69)</p>
--	---

Diese erste (fragende) Paraphrasierung der Problematik setzt sich sowohl verbal durch die dramatische Wortwahl, als auch mimisch durch die so anders geartete (aber thematisch adäquate) gezeigte Affektivität und überspitzte Expressivität (C- bis E-Intensitäten) von der verbalen und nonverbalen Problemdarstellung Christophs ab. Dieses therapeutische Vorgehen kann nur als *markierendes*, spiegelndes Verhalten verstanden werden, das der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit dienen soll. Der Therapeut steht seinem Klienten folglich in seiner wichtigen Funktion als interaktiver, teilnehmender Spiegel zur Verfügung, der es Christoph ermöglichen soll, seine Affekte besser wahrzunehmen (Fonagy & Target, 2001). Christophs anschliessende mimische Reaktion fällt in der Folge denn auch adäquater, ernster, aus. Er verzichtet auf sein Lächeln. Auch seine Stimme wirkt fester und tiefer. Nach Beantwortung der Frage verfällt er indes sogleich wieder in sein altes nonverbales Muster.

15.4.3.2 Verbale/paraverbale Frustrationen werden mimisch-affektiv ausreguliert

*A smile is the chosen vehicle for all ambiguities.
Herman Melville: Piere: or, The Ambiguities
(Book IV, Chapter 5)*

Es finden sich im Gesprächsverlauf zwei Sequenzen, in denen der Therapeut seine (para-)verbal frustrierenden Handlungen durch ein sehr ansteckendes Lächelangebot (PAM) mimisch-affektiv ausreguliert. Die erste vom Therapeuten initiierte PAM erfolgt, als der Therapeut aus dem Frage-Antwort-Schema der Alltagskonvention ausschert, indem er das Rede-

²⁹ Die AU 12 wird hier nicht als Emotion interpretiert, weil sie ein Ausdruck der typischen mimischen Eigenheit des Therapeuten entspricht, beim Schlucken oder Konzentration die Mundwinkel etwas hoch zu ziehen.

recht nicht übernimmt, nachdem sein Gegenüber den Redezug offensichtlich beendet hat. Zuvor hat der Therapeut eine Frage zur Symptomatik gestellt, nämlich ob auch Christophs Stimmung beeinträchtigt sei, was dieser in seiner Antwort verneint (Z 166ff.: «...aber es ist nicht irgendwie, so dass mir äh, grundsätzlich dort, aufgefallen wäre.»). Mit Absenken der Stimme und einem Blick zum Therapeuten hin gibt Christoph zu verstehen, dass er seinen Redezug für abgeschlossen hält. Der Therapeut macht jedoch keine Anstalten, das Rederecht zu übernehmen. Es entsteht daraufhin eine Pause, in der beide zunächst wegschauen. Schliesslich blickt Christoph zum Therapeuten, jener erwidert den Blick, Christoph wendet ihn rasch wieder ab und der Therapeut guckt amüsiert (in den Augenwinkeln ist ein feines Lächeln erkennbar). Noch einmal treffen sich die Blicke und der Therapeut beginnt breit zu grinsen, Christoph lässt sich sogleich davon anstecken.

Z 169ff.: Die Schweigepause³⁰		
P/ aber es ist nicht irgendwie, so dass mir äh, grundsätzlich dort, aufgefallen wäre.		
T/ ja ja. hm		
- - - (12 sek)	C blickt zu T, T blickt zu C, dieser guckt rasch weg, leichtes Amüsement bei T	
P/ mja	facial shrug	
- (3 sek)	C blickt zu T, T blickt zu C und grinst ihn breit an (Duchenne smile), C reagiert fast gleichzeitig (breites Duchenne smile + Blickkontakt)	gelingende PAM
P/ was kann ich noch sagen?	breites Duchenne smile (+ blickt weg)	
T/ ja? - -	breites Duchenne smile + Blick zu C	

Es ist aus der Analyse des Blickverhaltens ersichtlich, dass der Therapeut davon absieht, mit dem bislang wohlbekannten Frage-Antwort-Schema weiterzufahren. Mit Anwendung der klassisch psychoanalytischen Technik des Schweigens öffnet er den Raum für das Unerwartete, noch Unbekannte. Es ist zunächst einmal eine Irritation für den Klienten, dieses (noch ungewohnte) Schweigen auszuhalten und selbst einen neuen Anfang im Gespräch finden zu

³⁰ Auf die Auflistung der einzelnen Action Units wird zwecks Leserfreundlichkeit verzichtet. Sie sind im Appendix D unter 'Erstgespräch 'Christoph': Mimische Sequenzen' zu finden.

müssen. Indem er auf dessen Verunsicherung mit einem breiten, belustigten Lächeln reagiert, federt er die Zumutung seiner Handlung spielerisch ab. Christoph lässt sich vom Lächeln sogleich anstecken. Beide sind sich der Ruptur im Gespräch bewusst. Die entstandene Verunsicherung kann durch das gemeinsame Lächeln nonverbal sogleich ausreguliert werden und eine merkliche Entspannung tritt ein. Dass der Therapeut auch bei seiner kreditierenden Haltung bleibt, als Christoph ihm daraufhin verbal zu verstehen gibt, dass er nicht weiter weiss (und damit implizit um Anleitung bittet), nehmen beide mit einer gewissen Belustigung hin. Indem der Therapeut den Klienten mit dem Blickkontakt und dem Lächeln sozusagen nie 'alleine' lässt, lässt er keine zu grosse konfliktive Spannung entstehen. Christoph kann sich sicher sein, dass das affektive Band zwischen den beiden Interaktionspartnern auch über das Schweigen hinaus gefestigt ist.

Eine zweite durch den Therapeuten initiierte Lächelsequenz findet sich im Segment der Anliegenklärung (Z 501-524):

Z 501-524: Die Weigerung, konkrete Anleitung zu geben³¹		
P/ <u>m- m- ja!</u> also eben ich - frage mich eben <u>was was kann man machen in so einer +situation (hm+)</u> oder was ist äh ₁ <u>was gibt's für möglichkeiten +konkret (hm+)</u> und - <u>bringt's; oder</u> was kann es einem bringen ₂	phoney smile + Schulterzucken + facial shrug + Illustrator für Ratlosigkeit Chaplin smile + Blick zu T Schulterzucken Chaplin smile + Blick zu T facial shrug Chaplin smile facial shrug + Schulterzucken + Blick zu T	
T/ ja, hm hm. - ja! also ich kann ihnen nicht ein rezept +äh, +sagen.	Breites Duchenne smile + Blick zu C	gelingende PAM
P/ <u>jaa!+ klar+ ja.</u>	Breites Duchenne smile + Blick zu T	

³¹ Auf die Auflistung der einzelnen Action Units wird zwecks Leserfreundlichkeit verzichtet. Sie sind im Appendix D unter 'Erstgespräch 'Christoph': Mimische Sequenzen' zu finden.

Der Therapeut lehnt die Forderung nach psychoedukativer Aufklärung hier zum zweiten Mal ab – sogar mit lexikalisch identischer Wortwahl («rezept»). Dieser Zurückweisung wird jedoch mimisch-affektiv die inhaltliche Schärfe genommen, indem er sie mit einem breiten Lächeln darbringt. Indem mimisch etwas Spielerisches hineinkommt, sorgt er dafür, dass die konflikthafte Spannung für den Klienten nicht zu gross wird. Ausserdem wird diesem damit signalisiert, dass die Intervention des Therapeuten, wenngleich inhaltlich frustrierend, so doch auch auf eine (gute) Zusammenarbeit abzielt. Es entsteht denn auch ein guter und von negativer Spannung befreiter Moment, in der die beiden Gesprächspartner gemeinsam über die Situation lachen können. Es ist sicher diesem gemeinsamen, die Stimmung lösenden Lächeln geschuldet, dass sich der ängstlich-vermeidende Klient danach getraut, seine Forderung nach konkreter Anleitung ein drittes Mal zu wiederholen (Z 511ff.: «- - - eben und und natürlich auch die frage... man liest ja heute viel über - derartige probleme! +und das ist ja auch ein bisschen, ja also model! ... es ist etwas ... das ... im bewusstsein der leute +relativ weit oben steht und von dem her ... was denn konkret - in dem fall ähm +machbar ist»).

15.5 Zusammenfassung des Gesprächs in Bezug auf Problem und Anliegen

15.5.1 Die Bearbeitung des Anliegens im Gesprächsverlauf

Das Erstgespräch lässt sich mit Blick auf die inhaltliche und formale Gesprächsentwicklung in drei Teile gliedern: In einen ersten Teil der Problemklärung, einen zweiten Teil der Anliegenklärung, und einen dritten Teil, der von der Thematisierung der Gesprächsdynamik geprägt ist.

15.5.1.1 Problemklärung

Aus der Eröffnungsanalyse wissen wir um die knappe Problem- und Anliegenpräsentation Christophs: Kurz fasst er zusammen, dass er an Antriebslosigkeit (Z 16) leidet, die sich störend vor allem im Studium bemerkbar macht. Nun hat sich dieser schon länger bestehende Leidenszustand in letzter Zeit so sehr verstärkt, dass er sich ausserstande fühlt, die derzeit anstehenden Anforderungen im Studium zu erfüllen. Sein explizites inhaltliches Anliegen an die Psychotherapie steht fest: Er möchte seine Antriebslosigkeit «in den griff» (Z 40) kriegen. Der Weg, dies zu erreichen, bleibt indes unklar.

Diese erste Viertelstunde des Gesprächs wird durch zielgerichtete, konkret gehaltene Therapeutenfragen strukturiert. Die Erweiterung des Problemverständnisses obliegt der Initiative des Therapeuten. Christoph erweist sich als brav antwortender Klient, weiss aber von sich aus wenig von Erkenntniswert beizutragen. Seine Redebeiträge wirken verarmt, was auch für sein mimisches Ausdrucksverhalten gilt. Durch den fragenden Therapeuten und den darauf reagierenden Klienten erhält dieses Gesprächssegment den Charakter eines Interviews.

Die Analyse zweier Sequenzen mit langen Schweigepausen (Kapitel 15.3.1.3) macht Christophs inhaltlich leicht inkohärentes Antwortverhalten sichtbar. So besteht häufig ein Mangel an innerem Zusammenhang zwischen Frage und Antwort. An ein vorhergehendes Gesprächsthema wird nur vage angeknüpft. So muss vieles indirekt erschlossen werden und ein Rest an Unklarheit in Bezug auf Christophs Problem und die es umgebende Situation bleibt bestehen. Von einem relevanten Informations- und Verständniszuwachs zu sprechen, wäre irreführend. Überdies verdeutlichen diese Gesprächspassagen, dass die Zurückhaltung des Therapeuten nicht zu einer erzählerischen Entwicklung und Ausweitung des assoziativen Raumes führt. Im Gegenteil; das entstandene Schweigen (Leere) wirft Christoph wieder auf den 'Nullpunkt' der Eröffnung zurück. Er verfällt in seine gewohnte, nah am Symptom orientierte Betrachtungsweise und wiederholt beharrlich sein Unverständnis ob der Leidenssituation. Die sich einstellende Ungeduld des Therapeuten aufgrund der Redundanzen und schwammigen, nicht fassbaren Antworten ist insofern nachvollziehbar und führt wahrscheinlich auch dazu, dass dieser erste Versuch einer Problemklärung von seiner Seite bereits nach 15 Minuten abgebrochen wird.

15.5.1.2 Anliegenklärung

In der darauf folgenden Viertelstunde wird die Klärung des Anliegens durch den Therapeuten vorangetrieben. Er möchte Christophs Vorstellungen und Erwartungen hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens eruieren (Klärung der Therapieaufgaben). Er erhält jedoch immer nur die Antwort, dass Christoph keine konkreten Vorstellungen dazu besitze, sowie die redundante Wiederholung des Therapieziels (Antriebslosigkeit loswerden). Christophs Nichtwissen zeigt sich auch deutlich in seinem nonverbalen Verhalten (*facial shrugs*, Schulterzucken, gestische Handlungen).

In diesem Handlungssegment beginnt der Therapeut sukzessive aus der Rollenzuweisung des Klienten auszuscheren. Jener beschwört mit seiner reaktiven Gesprächsgestaltung und den indirekt geäußerten Forderungen nach Anleitung das Bild der ärztlichen Konsultation herauf, in der ein Fachexperte den unwissenden, aber auf Aufforderung hin brav Auskunft gebenden Patienten fachkundig untersucht, eine Diagnose stellt und das geeignete 'Medikament' verschreibt. Diese Unterteilung in 'wissenden' Therapeuten und 'unwissenden' Klienten stellt der Therapeut in Frage, indem er den psychotherapeutischen Prozess zum gemeinsamen Suchprozess zweier gleichwertiger Gesprächspartner erklärt und sich weigert, konkrete Anleitung zu geben. Auch seine beharrlichen (fünf!) Fragen zu den Therapieerwartungen zeigen, dass er den Klienten als aktiven Gesprächs- und Handlungspartner in das Geschehen einbinden möchte, dass er ihm die Möglichkeit zur aktiven Gestaltung des Behandlungsprozesses nicht nur anbietet, sondern sie regelrecht einfordert. Hier wird seine kreditierende (zutruende und zumutende) therapeutische Haltung erkennbar (Grimmer, 2005), die dem Beziehungsangebot zuwiderläuft, das Christoph ihm implizit unterbreitet.

Es kommt in der Folge zu einer Rollenumkehr: Plötzlich ist es der Klient, der vom Therapeuten konkrete Antworten betreffend des psychotherapeutischen Vorgehens zu erhalten wünscht. Die Beharrlichkeit, mit der er – wenngleich implizit – seine Forderung nach Information und Anleitung kundtut, ist durch die sich verbale und nonverbale Rat- und Orientierungslosigkeit erklärbar. So erstaunt es nicht, dass er das Gegenüber dazu bringen will, diesen abgewehrten Anteil – nämlich in die Aktivität, in die Handlung hineinzukommen – für ihn zu übernehmen.

Eine Hinführung zu einem gemeinsamen Auftrag an die Abklärung (inhaltliches Anliegen) ist nur auf Initiative des Therapeuten hin möglich. Er nutzt die (zunächst unnütz erscheinenden) Bekundungen von Ratlosigkeit, indem er diese als Grund für das Erscheinen in der Abklärung benennt. Damit ist endlich ein Anliegen zur gemeinsamen Bearbeitung geschaffen: Es gilt in den folgenden Sitzungen erst einmal Klarheit in Christophs Problematik zu bringen. Indem der Therapeut die Abklärungsphase klar strukturiert (Z1107: «unser rahmen»), beugt er einer Schwammigkeit und Vermischung verschiedener Therapiephasen (Abklärung vs. Therapie) vor. Insofern bildet er mit seiner klaren Kommunikation einen Kontrapunkt zu Christoph, dem eine solche Klarheit und Abgrenzung zwischen den verschiedenen Lebensphasen (Studium, Beruf) und Alltagsanforderungen (Arbeit, Freizeit) nicht gelingen mag.

15.5.1.3 Die Thematisierung der Gesprächsdynamik

Mit der Thematisierung des Gesprächsverlaufs ändert sich der Charakter des Erstgesprächs grundlegend. Dies ist wahrscheinlich gemeint, wenn der Therapeut gegen Ende konstatiert, dass das Gespräch «doch noch unvermittelt» (Z 1026) eine gewisse Intensität erreicht habe. Dieses Segment ist stark von psychoanalytischen Interventionen geprägt. Dabei wird sichtbar, wie eine Intervention auf der vorherigen aufbaut, was wiederum verdeutlicht, dass die zu Gesprächsende dargebrachte *Deutung* ausgedehnter konversationeller Vorarbeiten bedarf. Der Ablauf der therapeutischen Handlungen und ihrer Folgen sind hier aufgeführt:

1. Zunächst wird die Dynamik zwischen den Gesprächspartnern explizit gemacht (Z 779f.: «wie ist so der gesprächsverlauf für sie jetzt»). Die Aufmerksamkeit vom (äusseren) Thema weg und stattdessen auf das Geschehen im therapeutischen Raum zu lenken, ist ein klassisch psychoanalytisches Vorgehen.
2. Mit seiner konfrontativen Intervention (Z 810ff.: «ich habe jetzt oft nachgefragt! ... was meinen sie wie v- von was hängt das ab?») ruft der Therapeut ein enigmatisches Thema hervor (Christophs noch unverstandenes Muster der Gesprächsgestaltung), das nun der Entzifferung bedarf. Es gelingt dem Therapeuten damit, einen noch unbekannten (unbewussten) Aspekt in das Gespräch einzubringen. Indem er sich ausschliesslich auf das beruft, was vom Klienten selbst kam, und sich die Feststellungen stets von Christoph rückbestätigen lässt, wird das Problemverständnis ein gemeinsames.
3. Herausgefordert durch die eben beschriebene kreditierende Intervention gelingt es Christoph schliesslich, eine Verbindung zwischen seiner Person und der Gesprächsdynamik herzustellen (Z 893-899: «ja also ich denke ich bin grundsätzlich nicht der typ der einfach so:, von sich aus gross äh erzählt oder? +das ist ... vielleicht etwas dass ich ... ein bisschen den antrieb brauche«).
4. Christophs eigenwilliger Kommunikationsstil wird daraufhin vom Therapeuten zum Problem erhoben, das einer gemeinsamen Bearbeitung bedarf (Z 924ff.: «es ist so eine beobachtung ... ein gedanke über ... den verlauf des gesprächs ... wo man könnte äh, ansetzen«). Das Anliegen, der Auftrag an die nachfolgenden Abklärungsstunden, ist benannt.
5. Christophs Motivation ist nun geweckt. Es gelingt ihm sogar, selbst zur Thematik ein neues Element hinzuzufügen, indem er sein Kommunikationsverhalten als «ausweichen» (Z 954) umschreibt.

6. Dies nimmt der Therapeut als Vorlage, um nun seine *Deutung* anzubringen, nämlich die bisher noch nicht ausdrücklich benannte assoziative Verknüpfung zwischen der (kommunikativen) Beziehungsgestaltung ('ausweichen') und seinem Symptom (Antriebslosigkeit). Interessant ist hier, wie das inhaltliche Anliegen und das implizite Anliegen an die therapeutische Beziehung ineinander spielen; die Problematik des Ratsuchenden zeigt sich verdichtet im Beziehungsgeschehen.

7. Die Gesprächsdynamik findet nun endlich weg von der Interrogation und hin zu einem dialogischen Austausch. Mit einem *extended agreement*, also indem er nicht bloss zustimmt, sondern von sich aus und ohne Aufforderung einen weiteren Beleg zur Plausibilität der Deutung anführt, signalisiert der Klient seine Zustimmung zur Deutung.

8. Der Auftrag an die Abklärung, mehr Klarheit in die Problematik zu bringen, ist nun mit Inhalt gefüllt; es gibt einen Anknüpfungspunkt (das Ausweichen). Beide haben sich darüber verständigt und sich geeinigt, worum es in den kommenden vier Gesprächen gehen soll.

Die Entwicklung des Gesprächsverlaufs wird in folgender Tabelle noch einmal übersichtlicher dargestellt:

<p>1. Problemklärung</p> <ul style="list-style-type: none"> - 'Ärztliches' Interview nach dem Frage-Antwort-Schema - Aktiver Therapeut, reaktiver Klient <p>Das Problem bleibt in seiner engen Umrissenheit bestehen: Antriebslosigkeit, v.a. im Studium</p>
<p>2. Anliegenklärung</p> <p><u>Anfang: Bekanntes interaktives Schema</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Therapeut pocht auf klare Antworten (Therapieaufgaben) - Der Klient wiederholt: Anliegen = Therapieziel (Antriebslosigkeit überwinden) - Der Therapeut stellt die Worte des Klienten (Nichtwissen) in einen neuen Kontext (Erscheinen in der Abklärung) und macht das Thema der fehlenden Klarheit damit gleichsam zu einem Anliegen an die nachfolgenden Abklärungssitzungen. <p><u>Mitte: Umkehr des interaktiven Schemas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Klient will vom Therapeuten klare Antworten/Anleitungen (welche therapeutischen Aufgaben führen zum Therapieziel?) - Aktiver Klient, reaktiver Therapeut - Der interrogative Gesprächscharakter bleibt (mit Umkehr der Rollen) bestehen! <p><u>Ende: Ein inhaltliches Anliegen an die Abklärung formt sich</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Therapeut informiert über verschiedene therapeutische Verfahren, jedoch ohne ins Detail zu gehen - Das Angebot einer fünfstündigen Abklärung (Klarheit in die Problematik bringen, eine Vorstellung von Psychotherapie zu gewinnen, Entscheidungsgrundlage für weiteres Vorgehen schaffen), wird angenommen
<p>3. Thematisierung der Gesprächsdynamik</p> <p><u>Konfrontation</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Thematisierung der Gesprächsdynamik (der Klient wird als aktiv Handelnder positioniert) 2) Die Frage nach dem 'Warum' (ein Rätsel wird evoziert) <p><u>Deutung</u></p> <p>Die Verknüpfung zwischen Symptomatik und Persönlichkeit des Klienten wird vorgenommen. Das Problemverständnis erweitert sich.</p> <p>Die beiden finden aus dem Interview-Charakter des Gesprächs hinaus und hinein in einen echten Dialog.</p> <p>Das inhaltliche Anliegen an die Abklärung wird konkret, nämlich der Verknüpfung zwischen Symptom und Persönlichkeit nachzugehen. Der Widerstand gegen die freie Assoziation wird in etwas für den Therapieprozess Nützliches umgewandelt. Ein gemeinsames Problem- und Anliegenverständnis wurde geschaffen und die Motivation des Klienten zur Selbstreflexion geweckt.</p>

Tabelle 6: Kurzdarstellung des Gesprächsverlaufs des Falls 'Christoph'

15.5.2 Wo Anliegen und Diagnose zusammenfinden

Es liegt in der Natur der Sache, dass die latente Problemorganisation – gerade in einem Erstgespräch – noch nicht fassbar und nur in Ansätzen explizit angesprochen werden kann. Die empirische Analyse macht es möglich, diese sichtbar werden zu lassen. Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang vor allem, dass in diesem Erstgespräch trotzdem die diagnostisch wesentlichen, noch unbewussten Problemaspekte bereits in Ansätzen thematisiert werden.

15.5.2.1 Sich nicht verstehen bzw. die gestörte emotionale Kommunikation nach innen

Die Analyse von Sprache, Interaktion und Bild weist auf eine nur mässig integrierte Fähigkeit zur emotionalen Kommunikation nach innen hin. Bezogen auf das Selbst bedeutet dies «die Fähigkeit, innere Dialoge zu führen und sich selber zu verstehen. Die Fähigkeit, Affekte in sich entstehen zu lassen und zu erleben, bildet dafür die Voraussetzung» (Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, 2006, S. 266).

Die sprachliche Analyse legt dieses Defizit zum Beispiel in der Fixierung auf das wenige in der Eröffnung Geschilderte offen sowie im Unvermögen, den das Thema erweiternden, assoziativen Dialog des Therapeuten mitzutragen. Es zeigt sich in der starren Wiederholung des Unverständnisses bezüglich der Leidenssymptomatik und in der Unfähigkeit, das Symptom in einen assoziativen Zusammenhang zur eigenen Person zu stellen. In der Analyse der Interaktion wiederum äussert sich das Defizit zur emotionalen Kommunikation in Christophs rigidem, gebremstem (blockiertem) Verhalten, das beim Therapeuten Ungeduld auslöst. Die Fülle der nonverbalen Referenzen (*facial shrugs*, Schulterzucken, illustrierende Gesten), mit denen Christoph seine Unkenntnis und Ratlosigkeit ausdrückt, ist ebenfalls ausserordentlich. Es ist nicht zu übersehen, wie schwer es ihm fällt, sich selbst zu verstehen. Ebenfalls zeigt sich der gestörte Zugang zur inneren affektiven Welt daran, dass Erzählen und affektives Agieren beim Klienten vorerst getrennt ablaufen. Der Therapeut wiederum beginnt bereits in dieser ersten Sitzung mit dem affektiven *acting in* (Anstadt et al., 1996; Krause & Lütolf, 1989): Er spiegelt die zu den vom Klienten erzählten Episoden passenden und notwendigen affektiven Reaktionen mimisch wider. Ganz im Sinne des Bion'schen *Containing* verhilft er durch sein (mimisch geäussertes) Verständnis dem Klienten dazu, die offenbar noch schwierig zu ertragenden Affekte als die seinen anzunehmen und zu ertragen.

Die Verständnislosigkeit, mit der Christoph seinem Leidenszustand begegnet, prägt den Charakter des Erstgesprächs wesentlich. Der Therapeut begreift Christophs Nichtverstehen aber nicht (nur) als Widerstand gegen das therapeutische Gespräch. Im Gegenteil – er formt das Unverständnis vielmehr zu einem Anliegen um und geht dadurch auf ebendieses strukturelle Defizit in der intrapsychischen emotionalen Kommunikation ein (Z 386ff.: T/ «ja ... wo ist er echt dieser antrieb? ...»; C/ «ja eben das, ist mir ... auch nicht so ganz klar ...»; T/ «ja, das ist auch ein grund warum sie +hierher kommen?»). So kann sich aus einem anfänglichen Störfaktor ein eigentliches gemeinsames Anliegen für die kommenden Sitzungen entwickeln: Christoph möchte Klarheit über sein Problem gewinnen. Dies ist ein erster Schritt hin zu einem besseren Verständnis seiner selbst.

15.5.2.2 Sich nicht verständlich machen können bzw. die gestörte emotionale Kommunikation nach aussen

Christophs strukturelles Defizit in der Mitteilung eigener Affekte an andere – hier den Therapeuten – zeigt sich hauptsächlich in seinem mimischen, aber auch im sprachlichen Interaktionsverhalten. Seine Mimik zeigt wenig konfliktbedingte Affektivität. Dies würde sich in der Häufung mimischer Referenzen wie Blenden (Ambivalenz) und Maskierungen (konflikthafte Abwehr) manifestieren. Seine über den gesamten Gesprächsverlauf sich hinziehende, generell merklich beeinträchtigte affektive Modulations- und Schwingungsfähigkeit (Affektarmut und -starrheit) weist vielmehr darauf hin, dass die emotionale Kommunikation nach aussen als solche nur defizitär ausgebildet ist.

In der OPD-2 werden Gegenübertragungsgefühle beschrieben, die für das Thema der gestörten emotionalen Kommunikation typisch sind: «Auch im Untersucher entsteht der Eindruck, dass der Patient ihm vieles auf indirekte Weise zwischen den Zeilen mitteilt» (Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, 2006, S. 267). Dieser subjektive Eindruck lässt sich bei Christoph mittels der inhalts- und konversationsanalytischen Befunde objektiv untermauern: Bereits in der Eröffnung fällt auf, dass Christoph sein Anliegen an die Therapie nicht direkt an den Therapeuten richten kann, sondern Umschreibungen wählt, die keinerlei Beziehungsbezug aufweisen (Z 24: «ich muss ... einen schritt draus heraus machen»; Z 39f.: «dass ich ... das ... in den griff bekomme»). Auch im Segment der Anliegenklärung vermeidet Christoph, seine Rede direkt an den Therapeuten zu adressieren (Kap. 15.3.2.2). Der emotionale Kontakt kann sich infolgedessen nicht richtig entwickeln. Erschwert wird er aus-

serdem durch die subtile inhaltliche Inkohärenz in Christophs Antworten, so dass Therapeut und Patient immer wieder aneinander vorbeireden. «Ein Wir-Gefühl stellt sich nicht leicht ein, es muss gewissermassen erkämpft werden», wird dazu in der OPD-2 konstatiert (ebd., S. 267). Die therapeutische Intervention der *Konfrontation*, die zunächst zu Gegenwehr (Defensivität) führt, zeugt von dieser 'Auseinandersetzung'. Es gelingt dem Therapeuten aber nur so, Christoph mit sich selbst in Kontakt zu bringen und im Zuge dessen auch ein «Gefühl der Lebendigkeit im Miteinander» (ebd., S. 267) entstehen zu lassen. Dieser Umstand fällt dem Therapeuten auch auf und er hält ihn für wichtig genug, um ihn explizit zu kommunizieren (Z 1026: «jetzt sind wir doch noch unvermittelt z- äh ... intensives gespräch gekommen»). Die aus diagnostischer Sicht defizitäre emotionale Kommunikationsfähigkeit nach aussen wird damit zum Thema der Sitzung.

15.5.2.3 Das Thema des 'Ausweichens' bzw. ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge

Christoph versucht sein Gegenüber durch fast durchgehendes Lächeln beziehungsweise beziehungsregulatorische 'Lächelangebote' (PAMs) freundlich und wohlgesonnen zu stimmen (Bänninger-Huber et al., 2016; Krause, 2012). Im Blickverhalten zeigt sich die ängstliche Vermeidung besonders deutlich (Daly, 1978; Farabee et al., 1993; Horley et al., 2003; Jurich & Jurich, 1974). Es gelingt Christoph nicht, den Blickkontakt zum Therapeuten aufrecht zu erhalten, was von aussen irritierend wirkt. Aus der Auszählung des Sprecherverhältnisses (Kap. 15.2) wird überdies ersichtlich, dass der Therapeut für ein psychoanalytisches Erstgespräch relativ viel spricht. Anders ausgedrückt hält Christoph sich in der Konversation tendenziell zurück, gibt kurze Antworten und lässt nur zögerlich Einblick in sein subjektives Empfinden, aber auch in die objektiven Umstände zu, welche sein Problem umgeben. Dieses Verhalten deckt sich mit Forschungsergebnissen zu sozialer Ängstlichkeit, demnach das Verhalten sozial ängstlicher Menschen sich vor allem an zwei interpersonalen Zielen orientiert: «When socially anxious people are motivated to limit the extent of their social involvement with others and manage their impressions in ways that convey the most desirable (or, possibly, the least undesirable) impressions of them under the circumstances» (Leary, 1983; zit. nach Leary et al., 1987, S. 46). Ein weiterer Hinweis zu diesem Thema ist die Ausgestaltung der Antriebslosigkeit, die bei näherer Betrachtung vor allem von Prokrastination, also dem extremen (pathologischen) Aufschieben der Beschäftigung mit der anstehenden Semesterarbeit, gekennzeichnet ist.

Die Vermeidung scheint ein Thema zu sein, dass sich auf allen untersuchten kommunikativen Ebenen (Sprache, Bild, Interaktion) äussert und sich darüber hinaus in der Leidenssymptomatik widerspiegelt. Immer mehr wird im Verlauf des Gesprächs deutlich, dass Christophs Problembeschreibung, wonach nur Probleme hinsichtlich der Bewältigung der Semesterarbeiten bestehen würden, wahrscheinlich zu kurz greift. Wahrscheinlicher ist, dass die ängstliche Vermeidung bereits zu einem Wesenszug, das heisst zu einer charakterlichen Eigenart geworden ist. Er selbst schafft es am Ende des Gesprächs denn auch, die Verknüpfung zwischen seinem Problem und seiner Person zu erkennen und sein Thema auf den Punkt zu bringen (Z 954: Ausweichen im Gesprächsverhalten bzw. Vermeidung, etwas klar zu sagen; Z 972; Ausweichen als typischer kommunikativer Zug auch ausserhalb des therapeutischen Gesprächs; Z 1004: der Beschäftigung mit der Semesterarbeit ausweichen). Diagnostische Hinweise (ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge) und Anliegen (sich mit dem 'Ausweichen' befassen) finden also zusammen.

15.5.2.4 Der nicht beachtete Problemaspekt: Die Kunst der freien Assoziation oder die Fähigkeit, schöpferisch zu sein

If you had been practising analysis as long as I have, you wouldn't bother about an inadequate interpretation – I have never given any other kind. That is real life – not psychoanalytic fiction. The belief in the existence of an analyst who gives correct and adequate interpretations is part of the mythology of psycho-analysis. I certainly would not be inclined to bother if you felt your interpretation was inadequate. I would be rather bothered if you felt it was adequate. The practice of analysis is an extremely difficult occupation and one which hardly provides space for dogmatic statements. (Bion, 1979/1994, Fall 9, pos. 737)

Die dynamische Betrachtung seelischer Prozesse findet sich nicht nur im psychoanalytischen Störungsverständnis wieder, wo damit das Zusammen- und Gegeneinanderwirken unterschiedlicher psychischer Tendenzen gemeint ist. Das funktionelle, dynamische Geschehen ist auch dem (übergeordneten) biopsychosozialen Krankheitsmodell eigen. Die Krankheit (oder wie in diesem Erstgespräch: das 'Problem') erscheint in dieser Betrachtungsweise nicht als statischer Zustand, sondern als dynamisches Geschehen (Egger, 2005). Seelische (und körperliche) Vorgänge sind als Reaktionen auf bestimmte innere und äussere Ereignisse und Einflüsse zu verstehen. Darum ist es nicht damit getan, einmalig Einsicht in ein Problem zu gewinnen. Im Rahmen einer Psychotherapie kann und sollte das Problem vielmehr in seinem Facettenreichtum betrachtet und bearbeitet werden. Immer neue assoziative Verknüpfungen

und Betrachtungsweisen sind möglich. Diesen nachzugehen kann dem Individuum helfen, einen Zugang zu seinem seelischen Erleben zu finden und sich besser zu verstehen. In einem Erstgespräch können hingegen nur vereinzelte Aspekte, vielleicht sogar nur ein Aspekt, vertieft behandelt werden. Aber es ist sehr wichtig, dass dies geschieht.

Im Erstgespräch 'Christoph' vollzieht sich die inhaltliche Auseinandersetzung folgendermaßen: In Christophs ersten Erläuterungen finden sich zwei Hauptaspekte zu seinem Problem mit der Antriebslosigkeit: 1) Ihre Manifestation als Prokrastination und 2) die Konsequenz daraus, nämlich die Sorge, das Studium nicht zu Ende zu bringen. Im Rahmen des Erstgesprächs unternimmt der Therapeut zwei wesentliche interpretatorische Vorstösse, die zu einer neuen Perspektive auf das Problem beitragen könnten, und die auch beide mit den zwei genannten Problemaspekten in Verbindung stehen.

Zuerst fokussiert er auf die Konsequenz aus der Antriebsstörung. Dazu bringt er eine (misslingende) Deutung an, die auf Christophs *intrapsychische* Verarbeitung abzielt (Kapitel 15.3.4.2): Er stellt die Vermutung in den Raum, dass der Grund für die Störung die Angst vor dem Studienabschluss sein könnte. Der Abschluss des Studiums steht symbolisch für die Lösung vom Elternhaus und den Schritt in die Eigenständigkeit. Dazu schreibt Boothe (1989, S. 427): «Gerade Personen, deren psychische Störungen in einer unbewältigten inneren Lösung vom Primärobjekt verankert sind (wie vage immer eine solche weitgreifende Umschreibung an dieser Stelle ist), erleben sich häufig zutiefst als wirkungslos, so, als komme es in einer realen Beziehung letztlich immer auf das Fühlen und Handeln des Andern an, auch in der therapeutischen Situation». Bei Christoph zeigt sich das Gefühl mangelnder Selbstwirksamkeit bereits in der Eröffnung (die Abschwächung des Zielkommentars: «ich muss ein bisschen einen schritt draus machen ... oder versuchen zu machen») und sodann während des gesamten Gesprächsverlaufs in seiner Ausrichtung am Therapeuten. Nicht nur möchte er diesem sozusagen die ganze Verantwortung für das therapeutische Vorgehen überlassen (ähnlich wie Eltern die Verantwortung über ihre unmündigen Kinder haben). Er zeigt seine übertriebene Orientierung an dessen Verhalten auch mimisch an: Lacht der Therapeut, so lacht Christoph innerhalb von Sekundenbruchteilen mit; schaut der Therapeut ernst, so 'wischt' sich Christoph das eigene Lächeln sogleich vom Gesicht.

Die Tatsache, dass dieser Deutungsversuch des Therapeuten abgelehnt wurde, muss nicht heissen, dass dessen Annahme per se falsch war. Diagnostische Hinweise dafür lassen sich

einige finden. Vielmehr lässt sich anhand der gesprächsanalytischen Betrachtung der Mangel an Vorbereitung sofort erkennen: Einer Deutung gehen zahlreiche therapeutische Interventionen voraus, die ihr den Boden bereiten. Hier jedoch wird kein Rätsel geschaffen, dem es nachzugehen gälte. Die Intervention erfolgt quasi aus dem Nichts.

Die zweite und umsichtig vorbereitete Deutung zum Gesprächsende hin bezweckt die Verknüpfung von Christophs Antriebslosigkeit mit seinem Kommunikationsverhalten im therapeutischen Gespräch. Man kann also sagen, dass diese zweite Deutung den *interpersonellen* Gehalt des ersten Problemaspekts (Aufschieben, Vermeiden) zum Inhalt hat. Sie wird von Christoph aufgenommen und sogar eigenständig erweitert, indem er den Aspekt des Ausweichens einbringt und auch hier eine Verbindung zwischen seiner Person (kommunikatives Verhalten) und der Symptommanifestation herzustellen vermag.

Die interpersonelle Funktion der Antriebsschwäche zum Gesprächsthema zu machen, ist insofern ein kluger therapeutischer Zug, weil ihre Manifestation auch als Widerstand gegen die freie Assoziation wirkt. Was dadurch aber in der begrenzten Gesprächszeit keinen Platz mehr findet, ist die intrapsychische Betrachtungsweise der – auch assoziativen – Antriebslosigkeit (der Therapeut ging stattdessen sogleich zur intrapsychischen Betrachtungsweise der Folgen über). Nicht das Tätigsein an sich ist beeinträchtigt, auch ist das Problem nicht auf das ganze Studium bezogen; die Vorlesungen und Seminare sind besucht und abgeschlossen, die Prüfungen sind geschrieben und bestanden. Nur das Schreiben der Semesterarbeiten bereitet grosse Mühe. Was macht schriftliche Studienarbeiten so viel schwieriger? Studentische Arbeiten stellen in einem ansonsten relativ streng vorgegebenen akademischen Rahmen in begrenztem Masse kreative Akte dar. Nur dort wird der individuelle Charakter des/der einzelnen Studierenden erkennbar. In ihnen wird manifest, wozu er oder sie sprachlich, analytisch und schöpferisch in der Lage ist. Sie sind die einzigen Komponenten der studentischen Ausbildung, die Studierende eigenständig aktiv gestalten dürfen und müssen. Sie sollen sich in zeitlicher und inhaltlicher (relativer) Freiheit eines Themas bemächtigen und dieses schliesslich autonom zu Papier bringen. Hier zeigt sich also, ob ein Individuum fähig ist, sich selbst eine (zeitliche und thematische) Struktur zu geben. Bei Christoph zeigt sich die schöpferische Blockade nicht nur in der Symptomatik, sondern auch sinnhaft in der assoziativen Gesprächsblockade, wo ohne die anleitenden Interventionen des Therapeuten nichts Neues entstehen kann.

15.5.3 Kein Einfluss der Kamera ersichtlich

Ein direkter Einfluss der Kamera auf Christophs Verhalten ist nicht erkennbar. Er nimmt auf ihre Präsenz weder verbal Bezug noch schaut er jemals direkt in die Kamera. So lässt sich nicht eruieren, wie das Aufnahmegerät auf ihn gewirkt haben könnte. Gemäss den der Autorin vorliegenden Beschreibungen der nachfolgenden Sitzungen wurde in der fünften Sitzung kurz über die Kamera im Raum gesprochen, als Christoph dazu anmerkte, dass sie ihn nur anfänglich etwas irritiert hätte.

15.6 Gesamtbetrachtung: Die gelungene Aushandlung des Anliegens

Das Gespräch kann als gelungenes psychoanalytisches Erstgespräch betrachtet werden. Dem Klienten wird genügend Raum gegeben, um sein Problem zu beschreiben und (nonverbal und interaktionell) darzustellen. Der Therapeut zeigt sich dabei als interessierter und aufmerksamer Zuhörer. Er weiss die verschiedenen Kommunikationskanäle differenziert zu nutzen. So ist er inhaltlich zum Teil konfrontativ, mimisch-affektiv aber gleichzeitig beziehungsstärkend. Er schafft es also, thematisch Disharmonie zuzulassen und gleichzeitig affektiv auf das Gegenüber einzugehen, sodass die konflikthafte Spannung für diesen nicht ins Unerträgliche steigt. Diese Balance zu halten ist in der therapeutischen Arbeit an sich eine grosse Kunst.

Das Anliegen an die Therapie wird aktiv erfragt, wobei sich die gemeinsame Verständigung darüber nicht ohne Rupturen vollzieht. Dies muss aber nicht Zeichen einer schlechten Kommunikation sein (sofern es gelingt, diese Rupturen auch wieder zu glätten), sondern zeigt im Gegenteil, dass der Therapeut mit seinem Gesprächspartner in einen echten Austausch treten möchte. Seine Gesprächsgestaltung (lange Schweigephasen, keine direkte ‚Wunscherfüllung‘ der Forderung nach Psychoedukation, Thematisierung der Beziehungsdynamik im therapeutischen Raum) weicht von einem Alltagsgespräch ab, ermöglicht dem Klienten aber bereits einen ersten Eindruck psychoanalytischen Arbeitens.

Der Klient soll von der klinischen Erfahrung und psychoanalytischen Expertise des Therapeuten profitieren können. Psychodynamisches Verstehen erschöpft sich nicht nur in empathischer Resonanz. Der Therapeut meldet seine (geschulte) Wahrnehmung an den Klienten zurück und fügt damit der repetitiven und in der Fixierung gefangenen Symptomschilderung des Klienten ein neues Element hinzu. So lernt Christoph, sich im Spiegel dieser neuen Mit-

teilung selbst zu betrachten und zu verstehen. Christophs Problemverständnis und Anliegen ist gegen Ende der Sitzung daher auch erweitert.

Psychoanalytisches Arbeiten bedeutet insofern, Voraussetzungen zu schaffen, damit der Klient einen neuen, noch unbekannten Aspekt seiner Problematik erkennen kann. Dies geschieht in dem 'Christoph'-Gespräch, indem der Therapeut die unbewusste Beziehungsgestaltung des Klienten thematisiert. Auch ohne anamnestiche Informationen darf man davon ausgehen, dass hier Aspekte der Übertragung zum Vorschein kommen. Das Beziehungsanliegen nach einem führungsstarken, anleitenden Objekt, an das Christoph jegliche Eigeninitiative abgeben kann, ist folglich ein unbewusster Übertragungswunsch. Spiegelbildlich dazu müsste beim Klienten eine unbewusste (Übertragungs-)Angst vorhanden sein, ein frustrierendes, zurückweisendes Gegenüber vor sich zu haben, das ihn mit seinen Problemen alleine lässt. Der Therapeut verzichtet im Gespräch darauf, diese Übertragungsangst durch Annahme der ihm zugewiesenen Rolle sogleich lindern zu wollen. Genauso sieht er aber auch davon ab, sie durch eine platte Zurückweisung der ihm zugedachten Rolle zu schüren und den offensichtlich orientierungs- und ratlosen Klienten in überfordernder Art und Weise auf sich selbst zurück zu werfen. Stattdessen wählt er den von Ogden (1992) empfohlenen dritten Weg, nämlich das unbewusste Beziehungsangebot (implizites Anliegen an die therapeutische Beziehung) offen zu thematisieren. So wird Christoph auf analytische Weise mit sich in Kontakt zu treten lernen und schrittweise erfahren, dass dieses spezifische Beziehungsmuster zu ihm gehört.

Mit seinem Vorgehen mag der Therapeut die konkreten Erwartungen Christophs, bereits Lösungsstrategien präsentiert zu bekommen, zunächst einmal frustrieren. Stattdessen nimmt er seine therapeutische 'Führungsrolle' ein, indem er den Klienten gezielt durch Interventionen in eine Richtung leitet, in der Christoph zu mehr Selbsterkenntnis finden kann. Er wird nicht zu demjenigen, der die Probleme für seinen Klienten löst. Vielmehr setzt er seine therapeutische Expertise ein, um jenem dabei bestmöglich beizustehen, seine Probleme selbst zu lösen.

Indem er das Geschehen in der therapeutischen Beziehung thematisiert, wird der Therapeut zum sichtbaren Gegenüber und zur eigenständigen Person mit subjektiven Wahrnehmungen und Eindrücken. Das hat zur Folge, dass dieses Erstgespräch beziehungsweise die Person des Therapeuten auch nicht mehr so leicht auszutauschen sind. Es erstaunt mit Blick auf diese gelungene Kontaktaufnahme nicht, dass zwischen ihm und Christoph nach den fünf Abklärungsgesprächen schliesslich eine erfolgreiche Therapie zustande kommt.

Diskussion

Die Diskussion widmet sich der Reflexion und Integration der vorliegenden empirischen Erkenntnisse in die theoretische Konzeption des Anliegens. Sie richtet sich dabei nach den beiden untersuchungsleitenden Fragenkomplexen (Kap. 10) zur Erfassung und zur Aushandlung des Anliegens. Kapitel 16 enthält konzeptuelle Überlegungen zum Anliegen. So wird der Stellenwert der empirischen Studie reflektiert und die Unterscheidung zwischen Diagnostik und Anliegen betont. In Kapitel 17 wird das methodische Vorgehen diskutiert – dazu gehört auch die kritische Betrachtung des in der vorliegenden Studie gewählten Vorgehens. Kapitel 18 orientiert sich am untersuchungsleitenden Fragenkomplex. Daran wie eine gelungene Aushandlung und Bearbeitung des Anliegens im Erstgespräch zu erreichen ist. Aufbauend auf den Erkenntnissen aus der empirischen Studie wird erläutert, was Therapeutinnen und Therapeuten tun können, wenn sie ihr Gegenüber ernst nehmen und am Anliegen orientiert vorgehen wollen. Der Praxisbezug wird mit Hilfe von Beispielextrakten aus den Fallanalysen sichergestellt. Kapitel 19 zur Beschreibung der therapeutischen Interventionen im Erstgespräch ist aus Sicht der Autorin besonders wichtig. In diesem Kapitel wird erstens sichtbar, dass psychoanalytische Therapeutinnen und Therapeuten viel mehr tun als zu schweigen und hie und da psychoanalytische Deutungen einzuwerfen. Mit Blick auf die untersuchten Erstgespräche lässt sich dieses Klischee zur psychoanalytischen Arbeit leicht widerlegen. Zweitens will das Kapitel auch einem zweiten Fehlschluss zuvorkommen: Von psychoanalytisch orientierten Therapeut/innen (und vor allem von klassischen Psychoanalytiker/innen) hört man manchmal das Bonmot, dass 'Psychoanalyse' nicht erlernt, sondern nur erfahren werden könne. Die Wirkung einer psychoanalytischen (oder allgemein, psychotherapeutischen) Behandlung auf das Seelenleben kann tatsächlich nur nachvollziehen, wer sie selbst einmal aus der Rolle des/der Patient/in heraus erlebt hat. Die psychoanalytische Technik aber ist fassbar und deswegen auch in Form deklarativen Wissens vermittelbar. Wie eine Intervention formal aufgebaut wird, damit sie ihre Wirkung optimal entfalten kann, sollte nicht nur intuitiv, sondern auch kognitiv verstanden werden. Der Diskussionsteil schliesst mit einem Ausblick auf zukünftige Forschung zum Anliegen (Kap. 20) und einer Schlussbetrachtung (Kap. 21).

16 Konzeptuelle Überlegungen zum Anliegen

16.1 Die unterschiedlichen Gestalten der zwei untersuchten Erstgespräche

Beide Erstgespräche sind letztendlich erfolgreich verlaufene Gespräche, weil in beiden Fällen eine Behandlungsgrundlage entsprechend dem Anliegen der/des Ratsuchenden gefunden wird. Es finden sich darum in beiden Gesprächen wertvolle Hinweise darauf, was es heisst, das Klientenanliegen zu erfassen und gegebenenfalls ein gemeinsames auszuhandeln. Und dennoch weisen die beiden Gespräche grundlegend unterschiedliche Gestalten auf. Wie lassen sie sich nun in ihrem Stellenwert erfassen?

Das Erstgespräch 'Alexandra' zeigt eine stärkere Tendenz zur Problemorientierung, zeichnet sich aber letztlich auch durch die Orientierung am Anliegen aus. Während fast die gesamte Gesprächsdauer der Erfassung des Problems gewidmet ist, wird das eigentliche Anliegen an die Psychotherapie nur kurz erfragt und ohne Änderung zur Kenntnis genommen. Eine eigentliche 'Aushandlung' findet nicht statt. Dies ist vor allem dem Wesen der Klientin geschuldet. Sich einer fremden Person emotional zu öffnen und auch verletzbare Seiten zu zeigen, fällt den meisten Menschen schwer. Die histrionische Problematik der Klientin birgt jedoch zusätzlich starke Entblössungsängste, die durch die Situation der Videoaufnahme sowie durch das leicht sexualisierte Verhältnis zwischen Frau und Mann noch getriggert werden. Vor allem die Analyse der nonverbalen Interaktion macht deutlich, dass dem Therapeuten nur ein begrenzter Handlungsspielraum bleibt, um sich einzubringen. Alexandras Schamhaftigkeit ist augenscheinlich, und der Therapeut tut gut daran, ihre Grenzen zu wahren. Das psychoanalytische Arbeiten, das vor allem auch durch hinterfragende und 'aufdeckende' (ein Synonym für Entblössung!) Interventionen gekennzeichnet ist, ist in diesem ersten Gespräch darum nur begrenzt angebracht. Als logische Konsequenz daraus ist die therapeutische Einflussnahme beschränkt. Das Anliegen der Klientin im Erstgespräch wird erfragt und anerkannt, und die Therapievermittlung vollzieht sich auch auf der Basis dieses Anliegens. Eine Aushandlung beziehungsweise ein *gemeinsames* Anliegen kann sich jedoch nicht entwickeln. Die beiden Gesprächspartner finden sich nicht in ihrer Vorstellung davon, wie eine Therapie sich gestalten soll.

Das Erstgespräch 'Christoph' wiederum zeichnet sich durch die gelungene Aushandlung des Anliegens aus. Der Klient wird als aktiver Partner im Geschehen eingebunden. Dies zeigt sich auf eindrückliche Weise daran, dass sich der Therapeut seine Annahmen und Wahrneh-

mungen stets rückbestätigen lässt. Das Gespräch erhält dadurch den Charakter eines gemeinsam zu gehenden Weges. Es zeigt sich ausserdem daran, dass dessen Verantwortung für das Gelingen der therapeutischen Arbeit ausdrücklich thematisiert und eingefordert wird. Dieses kreditierende Vorgehen ist in dieser Therapeut-Patient-Konstellation (andere Problemorganisation und Persönlichkeit des Klienten; ein Gespräch unter heterosexuellen Männern) unproblematischer als im Gespräch 'Alexandra', da potenziell weniger kränkend. Indem der Therapeut seine subjektiven Wahrnehmungen bezüglich der Gesprächsdynamik anspricht, finden die beiden in einen ersten persönlichen Kontakt. Dies ist mit der bipersonalen Psychologie gemeint: Der Klient weiss nun, dass diese Art der persönlichen Auseinandersetzung, der subjektive Gesprächscharakter für sein Problemverständnis von Erkenntniswert ist und beim Wechsel zu einem anderen Therapeuten verloren gehen würde. Es ist deswegen gut nachvollziehbar, dass sich aus dieser Abklärung eine gemeinsame Therapie beim Abklärungstherapeuten entwickelt.

16.2 Das Anliegen ist kein Diagnoseinstrument

Das Anliegen in der von Mathys et al. (2013) vorgeschlagenen Konzeption lässt sich gut mit der psychoanalytischen Störungstheorie verbinden. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da es sich bei näherer Betrachtung als eine relativ direkte Umformulierung wesentlicher Aspekte psychoanalytischer Diagnostik (bewusst und unbewusst; Symptom und Übertragungsgeschehen) in die Patientenperspektive entpuppt.

Die wahre Stärke des Konzepts liegt jedoch nicht in der Definition der verschiedenen Anliedensdimensionen und in der damit verbundenen 'Anliedensdiagnostik': Explizite und implizite Inhalts- und Beziehungselemente sind in der psychoanalytischen Störungstheorie und auch in der verhaltenstherapeutischen Schematheorie weitaus überzeugender gefasst und werden in ihrem Einfluss auf das Geschehen im Therapieprozess eingehend reflektiert. Doch in der fast spiegelbildlichen Übernahme der (in der Problemorientierung verhafteten) Behandlungstheorie sind die empirischen Befunde inexistent, dass eben Ratsuchende stärker in den Aushandlungsprozess einbezogen werden wollen und weniger Wert auf eine präzise Diagnostik im Erstgespräch legen (Eisenthal et al., 1983; Eisenthal & Lazare, 1977; Noble et al., 1999). Dem entspricht, dass Zielvorstellungen von Klient/innen – auch in Bezug auf die Zufriedenheit mit und Erwartungen an Erstgespräche (Noble et al., 1999) – von den Behandelnden notorisch falsch eingeschätzt werden beziehungsweise ihnen zu wenig Beachtung zuteil wird.

(Dimsdale, 1975; Dimsdale et al., 1979; Polak, 1970; Thompson, H. & Zimmermann, 1969). Auch die Anliegenkonzeption von Mathys et al. wurde von Fachexperten ohne Einbezug von Klient/innen erarbeitet, also ohne Erfassen und Auswerten der tatsächlichen Erwartungen bzw. Wünsche von Klientinnen und Klienten.

Wer im Erstgespräch konsequent auf den Patienten und dessen Anliegen eingeht, hat nicht die Zeit, auch eine umfassende Diagnostik voranzutreiben. Eine so detaillierte Erfassung der vielen Problem- und Anliegenaspekte, wie sie bei Mathys et al. (2013), aber auch in der vorliegenden Studie vorangetrieben wurde, ist in der Praxis jedoch ohnehin vollkommen illusorisch und mit Blick auf die Prioritäten der Betroffenen auch nicht notwendig. Innovativ am Konzept des Anliegens ist daher vor allem die Erkenntnis, dass ein Problem oder ein Anliegen keinen statischen, sondern einen dynamischen, veränderlichen Charakter aufweist. So gelingen Erstgespräche, wenn sich die am Gespräch Beteiligten gemeinsam auf wenigstens einen Problemaspekt fokussieren und daran arbeiten, dass ein Anliegen zur *gemeinsamen* Bearbeitung entstehen kann. Die Erkenntnisse aus den zwei vorliegenden Fallanalysen stützen dies. Untersuchungsleitende Frage in der empirischen Erforschung des Anliegens sollte entsprechend in Zukunft nicht mehr heißen: *'Was sind die vielen Anliegenaspekte?'*. Vielmehr sollte sie lauten: *'Wie wird ein gemeinsames Anliegen geschaffen?'*

17 Diskussion des methodischen Vorgehens

17.1 Vereinfachung durch die Unterteilung in vier Dimensionen

Die von Mathys et al. (2013) für die empirische Analyse des Anliegens vorgeschlagene Einteilung in vier Dimensionen wurde für die Erfassung des Anliegens auch in dieser Studie übernommen. Die Unterteilung des Anliegens in Inhalts- und Beziehungsdimensionen sowie in implizite und explizite Elemente stellte sich dabei als inhaltlich passend und für die empirische Operationalisierung als praktisch heraus.

17.2 Zwingend zu erfassen: Inhalt und Interaktion

Übereinstimmend zur Definition des Anliegens müssen Problem- und Beziehungsaspekte (Inhalt und Interaktion) erfasst werden können. In der vorliegenden Studie hat sich das strenge systematische Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse, die auch eine Kategorienbildung vorsieht, als wenig lohnenswert herausgestellt. Bei der Sichtung grösserer Datenkorpora kann das Vorgehen der Kategorienbildung jedoch gewinnbringend sein. Aber auch die Konversationsanalyse kann die Analyse semantischer Inhalte umfassen, auch wenn ihr zentrales Interesse der Form und nicht dem Inhalt einer Interaktion gilt. Ebenfalls berücksichtigt sie Paraphrasierungen und Handlungsbeschreibungen (Deppermann, 2001). Begreift man das Anliegen wie hier in erster Linie als interaktionales Geschehen (Aushandlungsprozess) und weniger als ein Instrument der (erfassenden) Diagnostik, so darf sich dies auch in der Gewichtung der Methodenwahl (Konversationsanalyse) widerspiegeln. Die Konversationsanalyse hat darüber hinaus den Vorteil, dass sie sich neben der Erfassung des explizit Geäusserten auch zur Erfassung impliziter Inhalte eignet: «Gerade die unbewussten Anteile der Objektbeziehungen erschliessen sich erst durch eine interaktionelle Betrachtungsweise» (Thomä & Kächele, 2006a, S. 49).

17.3 Unverzichtbare Informationskanäle: Sprache und Bild

Die empirische Analyse der verbalen Kommunikation bleibt unbestritten der wichtigste Part in der Erforschung des psychotherapeutischen Prozesses. Doch auch die Analyse des Bildes darf nicht ausgeklammert werden. Insbesondere anhand des Erstgesprächs 'Alexandra' wird deutlich, dass darauf nicht verzichtet werden kann, ohne das Verstehen des Gesprächsverlaufs empfindlich zu schmälern. Erst durch Hinzunahme der nonverbalen Interaktionsmuster

wird erklärbar, weshalb sich der Therapeut mit kreditierenden Interventionen so offenkundig zurückhält. Auch die stete Verstrickung in Alexandras Abwehr (Lächeln) wird erst durch die sequentielle Analyse der mimischen Muster erkennbar. Im Erstgespräch 'Christoph' wiederum zeigt die Analyse der Mimik beispielhaft auf, wie der Therapeut die verschiedenen kommunikativen Kanäle unterschiedlich 'bespielt'. So tritt er verbal durchaus kreditierend auf und nutzt gleichzeitig die mimische Ebene, um mit seinem Lächeln dem Klienten die gute Bindung zu versichern. Einzig in der Mimikanalyse wird das *markierende* Verhalten dieses Therapeuten offenkundig, das der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit dienen soll.

Die Fokussierung auf die Mimik hat im Vergleich zu anderen nonverbalen Parametern den Vorteil, dass hierzu bereits reliable und valide Messmethoden (FACS, EmFACS) vorliegen und zur Interpretation der affektiven mimischen Muster auf ein grosses Datenkorpus zurückgegriffen werden kann. Die Mimik bietet überdies einen überzeugenden Zugang zu unbewussten affektiven Prozessen (Bänninger-Huber & Monsberger, 2016; Benecke, 2009; Krause, 2012). Mimische Makroprozesse sind von blossen Auge zu erkennen und auch ohne die Anwendungskenntnisse der FACS-Methode erfass- und interpretierbar. Mit Blick auf die enorme Geschwindigkeit der technischen Entwicklungen ist ausserdem damit zu rechnen, dass die momentan noch übertrieben aufwändige Datenerhebung feinsten mimischer Mikroprozesse mittels der FACS-Methode bald einmal obsolet werden wird und stattdessen Computerprogramme diesen Part schneller und mit weniger Fehleranfälligkeit übernehmen werden. Ob sich die empirische Analyse auf die Mimik, Prosodie, Gestik oder Körperhaltung konzentriert, ist letztendlich aber vor allem von der jeweiligen Forscherexpertise abhängig. Verständlich ist, dass nicht alle die ausgesprochen aufwändige Analyse nonverbaler Informationen beherrschen und sich der dafür zu erbringende Aufwand für eine effiziente Forschung oftmals nicht lohnt.

17.4 Beachtung der Eröffnung

Wilkes (1992) Studie zu Eröffnungssequenzen psychotherapeutischer Erstgespräche beschreibt überzeugend, dass Problem und Anliegen in der Therapie zwingend zu differenzieren sind. Die Analyse der Eröffnung ist in Bezug auf die Selbstdarstellung der Sprecher tatsächlich aufschlussreich. So ergeben sich bereits erste indikatorische Hinweise zum Verständnis der Problematik und zu den Rollenerwartungen an die Person des Therapeuten. Es

bietet sich eine gute Orientierung, unter welchen 'Vorzeichen' das Gespräch verlaufen wird. Abweichungen davon lassen sich somit dem Einfluss des Therapeuten zuweisen.

Im Erstgespräch 'Alexandra' zeichnete sich bereits in der Eröffnung ab, dass die Klientin zu oberflächlichen, aber weitschweifigen Schilderungen neigt und ein vertieftes Nachdenken über eigene, noch unbekannte Motive weniger möglich sein würde. Ebenfalls als richtig erwies sich die Annahme, dass die Thematisierung des Anliegens überaus kurz ausfallen würde und vom Therapeuten initiiert werden musste. Auch die Voraussage eines zwiespältigen Verhältnisses zu Hilfe und Unterstützung liess sich durch spätere Beziehungsschilderungen nachvollziehen. Was sich in der Eröffnung subtil in einer unpersönlichen Sprache (generalisierende, unpersönliche Personalpronomina, Impersonalsätze etc.) andeutete, nämlich der Versuch, Distanz zum emotionalen Gehalt des Gesagten zu schaffen, zeigte sich im Gesprächsverlauf in aller Deutlichkeit in der Mimik. Alexandra verhielt sich sprachlich und mimisch konvergent, denn auch mit ihrem Lächeln schaffte sie Distanz zum negativen Gefühlsgehalt des Geschilderten. Ebenso erwies sich die Annahme als richtig, dass der Therapeut stärker in seiner haltenden denn in seiner kreditierenden therapeutischen Funktion gefragt sein würde. Das Thema der Rivalität zeichnete sich in der Eröffnung nur sehr indirekt ab (über den Wunsch, immer Anerkennung zu erhalten). Es war der Initiative des Therapeuten geschuldet, dass dieses Thema schliesslich eine solche Hervorhebung im Gespräch erfuhr. Insofern brachte dieser doch eine kleine Erweiterung bzw. Schwerpunktsetzung in das Problemverständnis ein. Allerdings wurde sein Angebot, das Thema aus einer anderen Perspektive zu betrachten, als wenig hilfreich abgelehnt.

Im Erstgespräch 'Christoph' wiederum waren bereits zu Beginn das fehlende psychologische Problembewusstsein und die Ich-Dystonie des Symptoms erkennbar. In seinem ersten Redebeitrag wurden Zweifel an den eigenen Fähigkeiten und der Selbstwirksamkeit deutlich. Die beschriebene Blockade (Antriebsstörung) zeigte sich bereits auch in der Performanz, denn der Klient wusste auf das Schweigen des Therapeuten hin nur das eben Gesagte zu wiederholen. Zu weiterführenden Angaben und neuen assoziativen Verknüpfungen im Stande war er jedoch nicht im Stande. Dass es gegen Ende des Gesprächs «doch noch unvermittelt» (Z 1026ff.) zu einer Veränderung in der Gesprächsdynamik und in der Wahrnehmung des Problems kommt, war folglich der erheblichen Hilestellung durch den Therapeuten geschuldet.

Die Beschäftigung mit den Anfangsbedingungen und deren Abgleichung mit dem Gesprächsverlauf macht sichtbar, was aus der Forschung zur therapeutischen Beziehung hinlänglich bekannt ist: Ein grosser Teil des Therapieerfolgs – und sicher auch des Erfolgs eines Erstgesprächs – hängt von den Klientinnen und Klienten selbst ab, und nur ein relativ überschaubarer Teil untersteht der Einflussnahme der Behandelnden (Norcross & Lambert, 2011a). Das frühe Erkennen der Vorzeichen ist insofern nützlich, als dass die ersten interaktiven Muster unter Umständen oft lange erhalten bleiben und damit den Erfolg der Therapie stark beeinflussen (Strupp, 1996; Streeck, 2004; zit. nach Grimmer, 2014, S. 55).

18 Praxisbezug: Wie kann ein Erstgespräch gelingen?

18.1 Abklärung und Therapie sind zu trennen

Aus Patientenbefragungen weiss man, dass Ratsuchende nicht nur Erwartungen an eine zukünftige Therapie stellen (zum Beispiel Therapieziele), sondern auch – zum Teil andere – an das Erstgespräch selbst (Beratung, Orientierung, Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention usw.). Menschen, die sich an eine Ambulanz wenden, nehmen also von sich aus eine relativ klare Unterscheidung zwischen Abklärung und Therapie vor: «Im Vordergrund der Erwartungen stand der Wunsch, hinsichtlich der Notwendigkeit einer Therapie und der Behandlungsmethode beraten zu werden und einen Therapieplatz vermittelt zu bekommen» (Kerz-Rühling, 2005, S. 595). Es wäre deswegen hilfreich, wenn auch die Fachpersonen diese Differenzierung klar und transparent halten würden, so wie der Therapeut bei Alexandra (Z 1110ff.):

T/ was ich ihnen anbieten würde, wäre dass wir, denke vielleicht noch zwei gespräche mal abmachen? ähm, ich würde das gern noch ein bisschen genauer, verstehen und mit ihnen gemeinsam auch, ähm, genauer herausarbeiten, wa- wie wir ihnen oder jemand anders helfen +könnte (hm+) also ob sie sozusagen, eine therapie beginnen wollen zum beispiel ob sie intensiver daran arbeiten wollen oder ob sie mehr, kürzere beratung wollen und, ähm was auch da gibt's ja verschiedene arten +auch (hm+) und was ihnen da entsprechen würde? ähm, ich glaube das wär wichtig dass man sich ein bisschen! zeit nimmt dafür um das gemeinsam herauszu+finden.

Es ist aus Sicht der psychoanalytischen Technik auch verständlich, dass das Eingehen auf diese konkreten Erwartungen und die Planung des weiteren Vorgehens auf das Ende des Erstgesprächs zu liegen kommen. Gerade der Sitzungsbeginn sollte so offen und unstrukturiert wie möglich gestaltet sein, damit sich die unbewusste Thematik der ratsuchenden Person möglichst unbeeinflusst entfalten kann.

Im Rahmen der Abklärung ist es zudem nicht nur wichtig, die Ziele an eine allfällige Therapie zu erfragen, sondern sich über das Anliegen an die Abklärung als eigene Phase im Klaren zu sein. Dieses kann nämlich von Person zu Person unterschiedlich sein: «Dass auch ein aktuelles Problem gelöst werden könnte, erhoffte sich ein Drittel der Patienten, was dafür spricht, dass die Ambulanz nicht nur die Funktion der Vermittlung hat» (Kerz-Rühling, 2005, S. 595). Während sich die einen eine Beratung wünschen, muss bei anderen bereits im Rah-

men einer Krisenintervention konkret therapeutische Hilfe geleistet werden. Um allfällige Enttäuschungen zu vermeiden, muss dieser Punkt ausdrücklich besprochen werden.

Je nachdem, ob mehr beratende oder therapeutische Hilfe gefragt ist, müssen Therapeut/innen ihre Gesprächsführung der Situation anpassen. Der Therapeut bei Christoph bereitet diesen darauf vor, dass ein therapeutisches Gespräch sich anders anfühlen werde (Z 1089ff.: «es bedingt ein bisschen das ich ... zurückhaltend bin also. vielleicht zurückhaltender jetzt als ich jetzt auch gewesen bin zum teil, und ihnen überlasse wie sie das gestalten! ... dass sie da nicht erschrecken wenn ich äh, ja dass es vielleicht auch mal ein schweigen gibt oder so! oder pause oder so, das ... gehört dazu»). Je klarer die Rahmenbedingungen (Kap. 6.3.2 & 6.3.3) für beide Gesprächspartner sind (Wie lange dauert die Abklärung? Steht der Abklärungstherapeut danach für eine Psychotherapie zur Verfügung? etc.), desto weniger Verwirrung entsteht.

Die Analyse der Erstgespräche 'Alexandra' und 'Christoph' zeigt auch, dass es offensichtlich länger als eine Stunde braucht, um zu einem konkret fassbaren, umrissenen Anliegen an eine Therapie vorzustossen. Darum macht es Sinn, die Ziele an die Abklärung explizit als solche zu benennen, so wie es der Therapeut bei Christoph tut. Dieser kann sich auf diese und die nächsten Sitzungen innerlich einstellen und sich einer überschaubaren Anforderung stellen (nämlich Klarheit in sein Problem zu bringen und zu einer Entscheidung betreffend des weiteren Vorgehens zu gelangen). Dies mag sich simpel anhören, führt aber dazu, dass im Klienten Hoffnung und Zuversicht auf eine baldige (Teil-)Lösung entstehen kann.

Indem der Rahmen, das Setting, explizit benannt wird, wird der Schwammigkeit und Vermischung verschiedener Phasen und unterschiedlicher Ansprüche vorgebeugt. So ist es beispielsweise auch möglich, eine relativ strukturierte Haltung in der Abklärung einzunehmen (wie der Therapeut bei Christoph) und danach, sofern Problem und Zielvorstellungen der ratsuchenden Person dies zulassen, eine klassische Psychoanalyse mit einer ganz anderen Haltung und Gesprächsführung anzugehen.

18.2 Problem ist nicht gleich Anliegen

Aus den Fallanalysen wird klar ersichtlich, dass nicht alles, was eine Person als Problem schildert, von ihr auch zu einem Anliegen erhoben wird. Diese Unterscheidung ermöglicht es, sich aus der allzu starken Problemorientierung zu lösen und sich stattdessen den Beziehungs-

aspekt für das Gelingen des Gesprächs in Erinnerung zu rufen. Überhaupt spielt anders als beim Problem beim Anliegen die Diagnostik eine Nebenrolle. Sobald Therapeut/innen nämlich nicht mehr auf die Störung fokussieren, sind sie gezwungen, ihren Klient/innen mehr Fragen zu ihrer Sichtweise, ihren Erwartungen und Wünschen zu stellen. Zwangsläufig kommt man so stärker miteinander in Kontakt und nimmt den Menschen hinter der Störung wahr. Menschen werden wirklich eingebunden und nicht nur ab- oder ausgefragt. Allerdings werden sie dadurch auch stärker 'in die Pflicht genommen': Man traut ihnen zu und fordert auch ein, dass sie in Worte fassen, was sie wollen und wie sie dies erreichen möchten. Dies ist eine kreditierende therapeutische Haltung.

Mit der verstärkten Wahrnehmung und Gewichtung der Klientenperspektive entfernt sich das psychotherapeutische Erstgespräch von seinem Ursprung in der 'ärztlichen Visite' und rückt näher an das Beratungsgespräch (Coaching) heran, das von Krankheits- und Störungstheorien traditionell weniger 'belastet' ist und deswegen vielleicht auch stärker die kompetenten Seiten der Klientinnen und Klienten erkennt und nutzt.

18.3 Den therapeutischen Schulterschluss schaffen

18.3.1 Den Klienten als aktiven, ebenbürtigen Gestalter anerkennen und einbinden

Ein Anliegen zur gemeinsamen Bearbeitung zu entwickeln, ist ein Akt, der eine dezidiert partnerschaftlichen Haltung und viel kommunikative Kompetenz erfordert, was von Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch vorausgesetzt werden darf. Das Anliegen ernst zu nehmen heisst, dem Gesprächspartner auf Augenhöhe zu begegnen und ihn als ebenbürtigen, aktiven Gestalter in der Interaktion zu positionieren. Durch diese therapeutische Haltung wird die mindestens so grosse (wenn nicht sogar grössere) Verantwortung, die unsere Klientinnen und Klienten für das Gelingen einer Therapie haben, bewusst anerkannt (siehe Abb. 11) und ihnen hoffentlich auch zu verstehen gegeben. Man nimmt sie sozusagen in die Verantwortung, ihren Teil zum Gelingen eines produktiven Gesprächs beizusteuern.

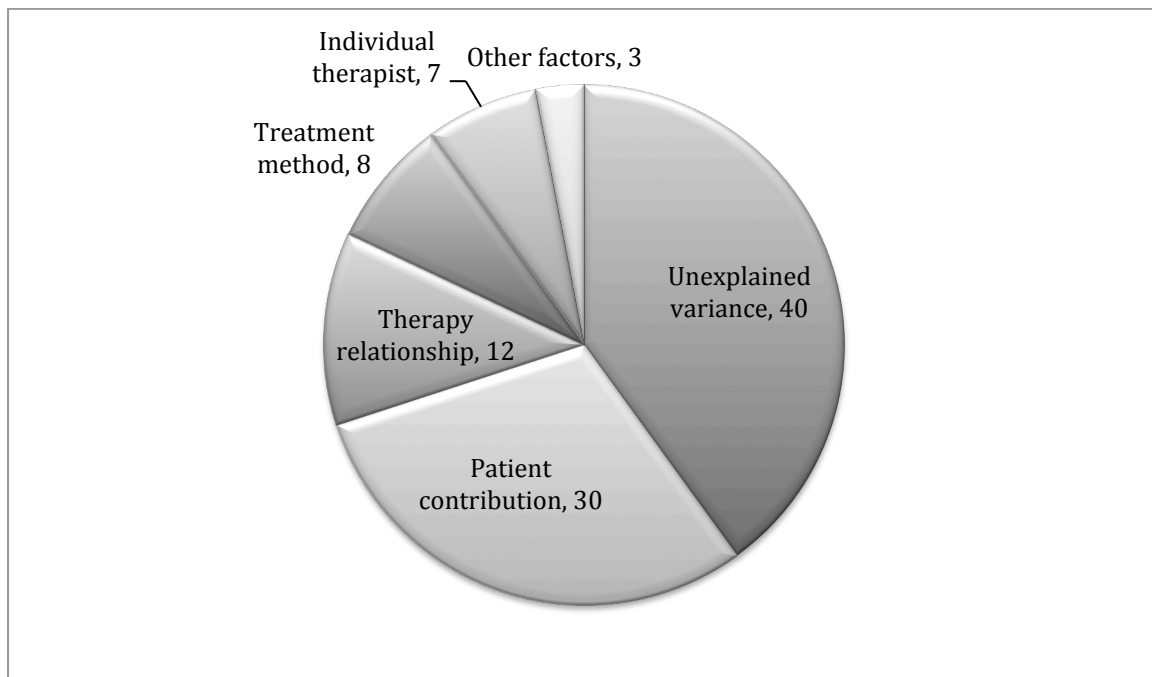


Abbildung 11: % der totalen, auf therapeutische Faktoren zurückführbaren Varianz zum Psychotherapie-Outcome (Norcross & Lambert, 2011a, S. 13)

Die Klientin oder den Klienten aktiv einzubinden erschöpft sich dabei nicht darin, einmal zu fragen, was er oder sie sich von den Gesprächen erhoffe. Ein solches Vorgehen passt zu einer einpersonalen Psychologie, in welcher der ratsuchenden Person die Rolle der Auskunft Gebenden vorbehalten ist und der Therapeut die Abgleichung der Therapieziele und -aufgaben sozusagen im Alleingang angeht. Das Gegenüber wirklich einzubinden und auf der gemeinsamen Arbeit zu beharren, ist mühsam. Das zeigt sich im Gespräch 'Christoph'. Durch das stete Wiederholen seiner Frage nach dem Anliegen fordert der Therapeut von Christoph eine Eigenaktivität, die dieser gar nicht entwickeln möchte. Indem er schliesslich trotzdem dazu gebracht wird, seine Forderungen an den Therapeuten (nach Anleitung und Unterstützung) auszusprechen, kommt es zu einer Rollenumkehr: Auf einmal ist es der Klient, der vom Therapeuten konkrete Antworten betreffend des psychotherapeutischen Vorgehens erhalten will. Wie um die Worte Bordins (1994) zu bestätigen – «I believe this process [of selecting goals in collaboration with the client] can result in increased client capacity to collaborate and even to cope independently» (S. 13f.) – entwickelt dieser so passive Klient Antrieb und Beharrlichkeit und begibt sich auf Augenhöhe zum Therapeuten.

Einbinden bedeutet also nicht, dem Klienten nur fragend zu begegnen. Er soll selbst zum Suchenden werden. Dies kann auf zweierlei Arten geschehen. Zum einen kann der Therapeut

eine Rollenumkehr initiieren, sodass der Klient die Fragen stellen und der Therapeut Auskunft geben kann, wie es der Therapeut bei Christoph häufig macht:

Z 499f. T/ haben sie den eindruck, sie hätten jetzt das wesentliche erfahren?

Z 595 T/ ja, was meinen sie?

Z 631ff. T/ das heisst wir können's uns jetzt auch noch ein bisschen überlegen. also sie können mir auch fragen stellen oder? können ihre, ähm bedenken, mal sagen vielleicht oder so. vielleicht können wir das ja; wir haben ja noch ein bisschen zeit! gleich jetzt überlegen oder also, was was spricht dafür was spricht dagegen oder noch so dem ein bisschen nachgehen! ähm, was sie eigentlich möchten. oder wie das so aussieht was ihnen behagt oder so. vielleicht haben sie auch äh, mh fragen oder -

Z 1179ff. T/ haben sie noch fragen?

Zum anderen kann der Therapeut ganz aus der Frage-Antwort-Dynamik ausscheren. Aus gesprächsanalytischen Studien (Vehviläinen, 2003) ist bekannt, dass dies gelingen kann, indem ein bestimmter Aspekt in den Klientenerzählungen oder -handlungen herausgelesen und das Nichtverstehen ('warum ist das so?') darüber zum Ausdruck gebracht wird. So entsteht vor dem geistigen Auge eine Art Rätsel, das es gemeinsam zu lösen gilt. «Der Analytiker präsentiert sich hier ... nicht in der Autorität des Deuters, sondern als das, was er immer auch war: im Teilnehmen, als Hörender ... Als solcher muss er der Versuchung widerstehen, allzu rasch Sinn aus den Daten machen zu wollen» (Boothe, 1989, S. 426). Diese Selbstpräsentation bringt der Therapeut bei Christoph zum Ausdruck, wenn er ihm sagt: «also dass ich mit ihnen auf diese suche gehe, aber nicht vor ihnen sondern, so neben und hinter ihnen» (Z 1083f.).

18.3.2 Die Asymmetrie der 'Machtverhältnisse'

Den Schulterschluss mit den Klientinnen und Klienten zu wagen, bedeutet noch lange nicht, zum reinen Dienstleister oder zur reinen Dienstleisterin zu mutieren und den mühselig erarbeiteten Expertenstatus abzulegen. Die eigene Haltung, die sich aus praktischer klinischer Erfahrung und Fachwissen speist, darf ruhig kenntlich gemacht werden. Christophs Therapeut äussert ausdrücklich und klar seine Meinung, dass er eine fünfstündige Abklärung bei ihm (und nicht eine erneute Abklärung bei der studentischen Beratungsstelle) für sinnvoll erachtet. Indem er überzeugende Argumente dafür anbringt und den Klienten aktiv in den

Entscheidungsprozess einbindet (Z 631ff.: «wir können's uns jetzt auch noch ein bisschen überlegen. ... sie können mir auch fragen stellen ... ihre bedenken sagen ...was spricht dafür was spricht dagegen ...») ermuntert er diesen zum Dialog und streicht das Gemeinsame des Prozesses hervor.

Eine strukturelle Ungleichheit in den 'Machtverhältnissen' in einer Psychotherapie ist ohnehin vorhanden (Grimmer, 2014). «This conversation can be seen as having an asymmetric structure and being fundamentally oriented toward a process of influence» (Blanchet et al., 2005, S. 125). Sie wird durch eine stärkere Anliegenorientierung auch nicht grundlegend umgestossen. Inwiefern sich die Positionierung jedoch verändern sollte, ist von Streeck (2000) treffend formuliert worden: «Der Psychotherapeut ist nicht Fachmann für die Aufdeckung und Behandlung einer kranken seelischen Realität des Patienten, sondern er ist Fachmann dafür, gemeinsam im Dialog mit dem Patienten neue Bedeutungen und Bedeutungszusammenhänge für Erfahrungen des Patienten zu entwickeln» (S. 15).

18.3.3 Die starke Gewichtung des Arbeitsbündnisses

In der empirischen Studie wurden deutliche Parallelen zwischen den Konzept des Anliegens und Bordins *therapeutischer Allianz* (1979) sowie Gelsos und Carters *Arbeitsbündnis* (Gelso, 2013) sichtbar. Auch bei den letzteren beiden Konzepten wird um die gelingende Zusammenarbeit gerungen. Dies spiegelt sich in der Aushandlung und Einigung über Therapieziele und das Vorgehen zu deren Erreichung sowie im Ansinnen, eine wertschätzende, angenehme Gesprächsatmosphäre herzustellen. Sich an der Klientin oder dem Klienten zu orientieren bedeutet folglich, konsequent die gute therapeutische Arbeitsbeziehung ins Zentrum des Erstgesprächs zu rücken (die fachkompetente Einschätzung des Patientenleidens ist natürlich auch im Interesse der betroffenen Person, bildet aber nur einen Aspekt des Patientenanliegens ab). Eine umfassende Diagnose, Indikation und Prognose innerhalb von fünfzig Minuten zu erreichen, ist ohnehin in vielen Fällen illusorisch. Dafür bedarf es oftmals mehrerer Gespräche und des ungestörten Nachdenkens zwischen den Stunden. Um noch einmal David (1998) zu zitieren: «Ce n'est que rétrospectivement et pour les besoins de la mise en perspective pour soi-même ou du compte rendu, de l'exposé didactique, de l'élaboration distanciée qu'il traduira éventuellement en terme théoriques le tracé de l'expérience immédiate» (S. 89).

Mit der starken Betonung des *collaborative stance* in Bordin's Konzept (Doran, 2016, S. 147), also einer grundlegend partnerschaftlichen Haltung, sind sich das Anliegen und die *therapeutische Allianz* vom Verständnis fast deckungsgleich: «The view that the person seeking change takes an active position in the change process is a key feature of my conceptualization» (Bordin, 1994, S. 14). Das Prozesshafte an der Zusammenarbeit ging bei Bordin's therapeutischer Allianz leider durch die anders gelagerten Forschungsinteressen (Quantifizierbarkeit, Fragebögen) verloren. «Obwohl wiederholt festgestellt wird, dass es sich bei der Allianzbildung um einen interaktiven Prozess handelt (Bachelor & Horvath, 2001, S. 147; Safran & Muran, 2006), finden dennoch nur wenige Studien zu diesen interaktiven Prozessen statt» (Grimmer, 2014, S. 97). Das Anliegen, wie es in der vorliegenden Arbeit verstanden wird, befasst sich demgegenüber eben gerade mit dem interaktiven, prozesshaften Charakter der Zusammenarbeit.

18.3.4 Thematisierung des Unverstandenen

Die Arbeit des Erstgesprächs ist in höchstem Masse von Fremdem und Unverstandenem geprägt:

...the person may not know what they want, they may not know if they wish to become 'a patient', or 'an analysand', or know very much at all about what psychoanalysis may involve psychically, emotionally and practically, or even if it is the approach they want to take. The consultant analyst equally may not at the outset know much, if anything, about the person at all, let alone whether the person is going to be able to make use of analysis, whether it would be the treatment of choice that they would recommend or whether some other form of treatment would be more appropriate. (Crick, 2012, S. 42)

Beide Personen wissen nicht, was sie in diesem ersten Gespräch erwarten wird. Beide verstehen 'das Problem' noch nicht (darum begibt sich eine Person ja erst in ein psychotherapeutisches Erstgespräch). Aber nicht nur das Problem und seine Lösung geben Rätsel auf. Auch die Art und Weise, wie sich die Gesprächspartner/innen artikulieren, ist noch nicht aufeinander abgestimmt. Sowohl thematisch, als auch interaktionell ist somit vieles missverständlich. «Die Erfahrung des Nicht-Verstehens, die Bereitschaft des Analytikers, sich der Artikulation des Gegenübers zuzuwenden, und die tiefe Skepsis des Patienten, sich verständlich machen zu können, sollten in der dyadischen Situation der Therapie thematisiert werden» (Boothe, 1989, S. 427). Im Erstgespräch 'Christoph' werden die Störungen in der Artikulation, die dazu

führen, dass der Therapeut am Verstehen gehindert wird, von diesem angesprochen (Z 941ff.):

- T/ weiss; ja; ich weiss nicht ob es+ ob es; ja: die frage was ist dahinter! +ja ich (*hm+*) meine so was was - was denken sie oder was sie noch für d- gedanken oder phantasien da, die sie aber nicht! s- sagen oder nicht sagen können. +die w- (*hm+*) sicher da sind. so also. was immer auch die gründe sind also so das, ist vielleicht auch eine schwierigkeit ja. - hm -
- C/ jaa. also vielleicht hat das: also das ist denke ich, durchaus auch ein punkt wo man könnte, ja wo man effektiv könnte ansetzen. (*ja hm*) dass+ ich - mja vielleicht mühe habe - klar zu sagen und irgendwo ausweichen oder?

«Der Analytiker ist nun nicht mehr immer derjenige, der vorangeht. Er teilt dem Patienten vielmehr mit, was er auf der Ebene der Identifikation mit dem Patienten wahrgenommen hat, nimmt dessen Artikulationsbasis ernst, thematisiert das Fremde und Unverstandene und sieht den Patienten damit als Interaktionspartner, dessen Aufgabe es ist, sich dem Analytiker als Gegenüber zu artikulieren, verständlich zu machen, zum Ausdruck zu bringen» (Boothe, 1989, S. 426). Der Widerstand gegen die freie Assoziation wird in Christophs Fall von einem Störfaktor zu einem Hilfsmittel zum besseren Verständnis des Problems umfunktioniert.

Meinungsverschiedenheiten und Turbulenzen im Erstgespräch gehören folglich – in Massen – zu einem gelingenden Aushandlungsprozess dazu. Ja, erst durch sie wird erkennbar, dass die Gesprächspartner miteinander in Kontakt kommen (wollen). Boothe (1989) fasst dies folgendermassen zusammen: «Erst der offene Einbezug von Fremdheit, Unterschiedensein, Nicht-Verstehen, Sich-verständlich-machen und Hören stellen die dyadische Situation im Hier und Jetzt her!» (S. 427). Ein vordergründig nettes, harmonisch verlaufendes Gespräch kann auch zeigen, dass zwei Personen die Berührung (und damit Reibung) des echten Kontakts meiden. Dies geschieht im Erstgespräch 'Alexandra', das über weite Strecken hinweg keinen dialogischen Charakter aufweist, sondern in welchem wie in einem Interview abgefragt und Auskunft gegeben wird. Erst zum Ende des Gesprächs hin bietet sich der Therapeut mit seiner *Reinterpretation*, die seine eigene (von Alexandra divergierende) Haltung explizit macht, als Reibungsfläche an. Und auch im Gespräch 'Christoph' sind es nicht die unauffällig verlaufenden Gesprächspassagen, welche die Bezugnahme auf den jeweils anderen anzeigen. Die Absicht, miteinander in Kontakt zu treten, zeigt sich in der (mühseligen) mehrfachen

Wiederholung der Frage nach dem Anliegen – das Ringen um eine präferierte Antwort –, zunächst vonseiten des Therapeuten, dann im Anschluss von Klientenseite.

18.3.4.1 Aktives Monitoring

«Sind wir in einem gutem Kontakt?»

Den Klienten aktiv zu positionieren und ernst zu nehmen, bedeutet auch, sich immer wieder mit ihm abzugleichen. Gerade in einem Erstgespräch, wenn sich beide noch nicht kennen, sind Missverständnisse unvermeidbar. Klassischerweise wird aktives Monitoring empfohlen, um einschätzen zu können, ob man die Beziehungserwartungen des Klienten erfüllt (Kap. 7.3.1.2):

'Christoph'

Z 779f. T/ wie ist so der gesprächsverlauf für sie jetzt

Z 884f. T/ und, wie ist das jetzt gewesen? ist das diese erwartung [an den
Therapeuten] - erfüllt oder enttäuscht. oder weder noch?

«Verstehe ich Sie richtig?»

Aktives Monitoring ist aber auch wichtig, um sicherzustellen, dass man sich inhaltlich richtig versteht. Dies geschieht üblicherweise durch Paraphrasierungen, die überdies auch den Zweck erfüllen, sich als aktive/n und resonante/n Zuhörer/in kenntlich zu machen. Das Verstehen wird auch in der Formulierung signalisiert ('Sie sagen...'; 'würden Sie sagen...'; 'wenn ich das richtig versteh...').

'Alexandra' (Z 301ff.)

T/ sie sagen sie haben angst? teilweise auf die bühne zu gehen und vor dem sich sozusagen da,
zur schau! zu stellen! praktisch und, bewerten! zu lassen auch +von

P/ hm+

T/ den, von den anderen.

'Alexandra' (Z 508ff)

- T/ hm würden sie sagen, sie sind da, innerlich sehr! ambivalent und immer wieder, unentschieden theater nicht +theater,
- P/ hm+
- ...
- T/ und ähm, wenn ich das richtig versteh, fänden sie's auch schwierig sich da zu entscheiden! oder +irgendwie
- P/ ja+
- T/ so 'ne zu 'ner inneren sicherheit +zu kommen
- P/ hm+
- T/ ich will jetzt das machen oder noch etwas +anderes.

«Verstehen Sie mich richtig?»

Ebenfalls muss gewährleistet sein, dass die Worte des Therapeuten beim Klienten ankommen. Wie rasch und scheinbar mühelos dies gelingen kann, zeigt der Therapeut bei Christoph; manchmal genügt nur schon eine einfache Rückversicherung mit einem prüfenden Blick zum Klienten hin, um sicherzugehen, dass er die Sichtweise teilt:

'Christoph' (Z 1100)

- T/ hm. gut?
- P/ ja doch.»

Aktives Monitoring ist ein konstantes 'Abtasten' des Gegenübers. Gerade wenn verschiedene Interventionen aufeinander aufbauen (*Formulierung, Erweiterung, Konfrontation, Deutung*), muss sichergestellt sein, dass der Klient nicht irgendwo auf diesem Weg 'abgehängt' wird. So lässt sich der Therapeut im Erstgespräch 'Christoph' seine Eindrücke stets bestätigen:

'Christoph' (Z 810ff.)

- T/ ich habe jetzt oft +nach!gefragt (*hm+*) so und es ist so, ähm - wie soll ich sagen? ja, es äh, es wird, m- wenig konkret so. für +mich. (*hm+*) verstehen sie was ich +meine? so
- P/ jaa!+
- T/ ähä. ist das - das wie nachvollziehbar für sie oder w- wie ist das?
- P/ mja: irgendwo schon +ja.

'Christoph' (Z 847ff.)

T das bringt mich so ... in die rolle von dem ... der muss aktiv werden. der nachfragen muss wo;
ich hab sie jetzt auch mehrfach so nach, nach +handfesten (*hm+*) beispiele gefragt - ja ist
das; erleben sie das auch so? oder können sie das ... verstehen wenn +ich das //(?:vielleicht
so)

P/ ja!ja das+ versteh ich schon +ja

Sich eine Sichtweise ausdrücklich bestätigen zu lassen ist wesentlich, damit die darauf aufbauende Intervention gelingen kann. Indem man sich die Beobachtungen vom Gegenüber sozusagen 'offiziell' bestätigen lässt, wird es für dieses schwieriger, bei einer späteren Intervention auf einmal eine entgegengesetzte Haltung einzunehmen.

18.3.4.2 Die therapeutische Intervention der Wortsubstitution

Es ist wahrscheinlich auch dem Nicht-Verstehen in einer ersten Begegnung geschuldet, dass sich eine wesentliche therapeutische Intervention, nämlich die der *Wortsubstitution* (*lexical substitution*), in den untersuchten Erstgesprächen nicht wiederfand: «In lexical substitution, the therapist offers alternative words for a just-prior expression produced by the client» (Vehviläinen et al., 2008, S. 192). Folgende zwei Beispiele aus Rae (2008, S. 63) sollen diese Intervention veranschaulichen:

Beispiel 1: Das qualifizierende Begleitwort zum Adjektiv wird ersetzt (*replacing a qualifier before an adjective*)

C: It feels a little uncomfortable

T: Or a lot uncomfortable.

Beispiel 2: Das Adjektiv wird ersetzt

C: It's hard talking about this Michael

T: Yeah I can s:ee: that (.) w- when you say har:d I think you mean painful

Es handelt sich bei der *Wortsubstitution* aus konversationsanalytischer Sicht um eine sogenannte *Reparaturhandlung*. Zwei Dimensionen sind dieser Intervention eigen: Erstens beinhaltet sie eine Korrektur – der Therapeut will die Klientin dazu ermutigen, ihre Gefühle deutlicher auszudrücken – und zweitens drückt sie aktives Zuhören und Verstehen aus (Rae, 2008). Die Intervention macht sichtbar, wie unmittelbar der Therapeut die Rede der Klientin

aufmerksam mitverfolgen muss, um dazu in der Lage zu sein, auf sprachlicher Mikroebene einzelne Wortänderungen einzuflechten.

Vielleicht sind die Gründe für das Fehlen der Wortsubstitution in der vorliegenden Studie in der Begrenztheit des Datenmaterials zu finden. Eine andere, inhaltliche Begründung ist wahrscheinlicher: Wenn Klienten ihre Erfahrungen erzählen, so handelt es sich um einen *A-event*: «Known to A, but not to B» (Labov & Fanshel, 1977, S. 100). Die beschriebenen Erfahrungen gehören demzufolge in den persönlichen Wissensbereich der erzählenden Person und sie allein hat die Deutungshoheit darüber inne. Im Alltagsgespräch wird der erzählenden Person diese Deutungshoheit mehrheitlich belassen; in der Psychotherapie hingegen wird von der Klientel stillschweigend hingenommen, wenn die Fachperson hierzu Eingriffe vornimmt (aus obigem Beispiel 2: «I think you mean...»).

Korrekturen wie in den beiden Beispielen von Rae (2008) sind Eingriffe in den privaten Wissens- und Erfahrungsbereich einer Klientin. Sie vorzunehmen setzt voraus, dass die Fachperson bereits viel über das Gegenüber und dessen inneres Erleben weiss und sich deswegen empathisch in dessen Gefühlsleben hineinversetzen kann. In einem Erstgespräch, wo sich zunächst einmal zwei Fremde gegenüber sitzen, ist dieses Verstehen noch nicht gegeben. Es muss sich erst noch entwickeln, bevor die Intervention der Wortsubstitution angemessen erscheint. Die Zurückhaltung ist vielleicht auch dem Bewusstsein geschuldet, dass solche Interventionen im Grunde invasive, grenzverletzende Akte sind, und derartige Eingriffe nur mit äusserster Zurückhaltung vorgenommen werden sollten.

18.3.5 Transparenz

Wie in Kapitel 6.5.4 ausführlich erläutert, muss nebst der 'therapeutischen' Erfahrung auch Zeit eingeplant werden, um der ratsuchenden Person die ungewöhnliche Form des Gesprächs und den ungewohnten Therapieprozess zu erklären. Im Sinne der informierten Einwilligung (*informed consent*) ist eine wechselseitige, offene und informierte Verständigung mit transparenten Entscheidungsgrundlagen zielführend. Sie wirkt beruhigend und wahrt die Stabilität (Laimböck, 2000). Auch zeigt sie, dass man sein Gegenüber ernst nimmt und einer malignen Form regressiver Abhängigkeit vorbeugt. Wie dies im Gespräch konkret vor sich gehen kann, zeigen folgende Extrakte aus dem Gespräch 'Christoph':

- Z 569ff. T/ dass sie sich ... in diesen - fünf stunden können eine vorstellung bilden und wissen auf was sie sich einlassen
- Z 1063ff. T/ also in der fünften sitzung, ähm w- werde ich ihnen auch äh auf jeden fall ... eine rückmeldung geben. auch eine +rückmeldung (*hm+*) von der beratungsstelle her also ich werde das, das wird besprochen auch im team der beratungsstelle! da wird auch überlegt und äh tun wir sie dann beraten auch was wir für sie sähen so. (*ja*) was wir ihnen empfehlen! würden.
- Z 1092ff. T/ was ... auf jeden fall ... ich sie möchte ermutigen fragen zu stellen. inhaltlicher art oder so. ... zum das klären um was es geht. eben auch vielleicht ... im bezug auf auf psychotherapie. f- vielleicht vom technischen her so. einfach dass sie da wissen um, was es geht! auf was sie sich einlassen und so weiter das würde eigentlich auch dazu gehören zu dieser ... abklärung so.

Der Patient erhält immer wieder die Einladung, sich zu orientieren. Der Therapeut ist bereit, darüber aufzuklären, was eine psychoanalytische Therapie beinhaltet. So kann sich beim Klienten ob der zunächst noch leicht obskuren Situation einer Psychotherapie ein Gefühl von Kontrolle und Sicherheit ('wissen, was mit mir geschieht') einstellen.

18.4 Neue Erkenntnisse ermöglichen: Einen 'Zusatz' zum reinen Verstehen bieten

Das Erstgespräch ist nicht nur als Interview gedacht mit dem Zweck, ein Anliegen umfassend zu erheben und empathisch zu spiegeln. Wer sich in eine psychotherapeutische Abklärung begibt, ist mit seinem Latein am Ende. Ratsuchende wollen ihr Problem durch das Gespräch mit der Fachperson *besser* verstehen (Kerz-Rühling, 2005). Dem Klienten muss eine neue Erfahrung ermöglicht werden, die in ihm die Hoffnung auf eine Lösung seiner Probleme weckt. Ein Erstgespräch muss folglich auch – in seinem Vollzug – eine Begegnung mit Psychotherapie (und nicht nur Diagnostik) sein (Kap. 6.2.2). Jede gelingende therapeutische Intervention, egal welcher Therapierichtung, eröffnet den Zugang zu etwas Unbekanntem, das gerade noch ausserhalb der eigenen (Vorstellungs- oder Handlungs-)Möglichkeiten lag. Dem bereits Vorhandenen wird ein neues Element hinzugefügt. So weckt man Motivation und Neugier, aber auch die Hoffnung in die Wirksamkeit der Therapie.

18.5 "Combining empathy and challenge"

Ob sich dieses neue, überraschende Element in einem Erstgespräch einstellen kann, hängt davon ab, ob es der Fachperson gelingt, in ihrer empathisch-verstehenden und stützenden Funktion für das verunsicherte Gegenüber da zu sein, dieses aber auch zu Veränderungen herauszufordern. Eine kreditierende Haltung (Grimmer, 2005), die zutrauendes und zumutendes Beziehungshandeln vorsieht, ist ein notwendiger Kontrapunkt zu einer haltenden, stützenden therapeutischen Haltung. Auf diesen beiden therapeutischen Grundhaltungen basiert im Grunde das ganze therapeutische Arbeiten.

Arguably, in very general terms, there are two basic orientations or facets in psychotherapist's ways to relate to the client: to empathise and to challenge. To empathise means that the therapist attunes himself or herself to the client's experience conveyed by the client's talk; to challenge means that the therapist questions the client's beliefs about self and the world and his or her ways of being with others. (Voutilainen & Peräkylä, 2016, S. 546)

Im Gespräch 'Alexandra' ist wenig Raum für kreditierende Interventionen. Die Klientin signalisiert, dass eine weitere Destabilisierung in der für sie bereits sehr fordernden therapeutischen Situation nicht erwünscht ist. Ihr ist an einem harmonischen Kontakt gelegen und der Therapeut geht (lächelnd) darauf ein. Lächeln ist ein Signal für einen positiven Kontakt und insofern wichtig für die gute therapeutische Beziehung. Lächeln ist aber nicht unbedingt ein Zeichen empathischer Einfühlung. Eine affektive Einfühlung in den (Leidens-)Zustand des Patienten würde heissen, mimisch adäquat zur beschriebenen Situation zu reagieren. Ein Gesichtsausdruck, der im rechten Moment Betroffenheit ausdrückt, signalisiert mehr empathische Einfühlung, als ein Lächeln es tut.

Im Gespräch 'Christoph' wiederum bereitet der Therapeut vor allem mittels seiner empathischen nonverbalen Kommunikation den sicheren (Beziehungs-)Boden, um dann den Klienten mit verbal kreditierenden Interventionen aus seiner Komfortzone zu locken. Er nutzt die unterschiedlichen kommunikativen Kanäle gekonnt, um zum Beispiel seine verbalen 'Zumutungen' mit Lächeln abzufedern. Damit signalisiert er, dass er seinem Klienten zwar gerade etwas abfordert, aber ihm gegenüber gleichzeitig wohlwollend eingestellt ist.

Die Ausführungen zu diesem Thema sind hier absichtlich kurz gehalten, weil die Debatte über eine gelungene therapeutische Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung, also wie

man an einer guten therapeutischen Beziehung arbeitet und gleichzeitig eine psychische Veränderung und Entwicklung anstösst, in diesem Kontext zu weit gehen würde. Eine ausführliche und gelungene Übersicht und Auseinandersetzung dazu bietet Grimmer (2005, 2014). Dort wird auch beschrieben, wie zum Beispiel mit unkooperativen Gesprächspartnern umzugehen ist – ein Thema, das in der vorliegenden Dissertation nicht behandelt wird.

19 Die therapeutischen Interventionen im Erstgespräch

Dieser letzte Teil widmet sich der Erläuterung der psychotherapeutischen Interventionen, die in den untersuchten Erstgesprächen vorkamen; die Zusammenstellung ist naturgemäss nicht abschliessend. Einen systematischeren Überblick über gängige therapeutische Gesprächsführungstechniken bieten Peräkylä et al. (2008a) und Grimmer (2014). Bis auf die Deutung sind die hier beschriebenen verbalen Interventionen verfahrensunspezifisch. Im Zusammenhang mit therapeutischen Techniken ist nochmals zu betonen, dass Intervention und Beziehung, Interpersonelles und Instrumentelles nicht voneinander zu trennen sind (Kap. 7.3.3). «The value of a treatment method is inextricably bound to the relational context in which it is applied» (Norcross & Lambert, 2011a, S. 5). In der Beschreibung der einzelnen Techniken wird deswegen auch erklärt, was das jeweilige Vorgehen an interpersoneller Wirkung entfaltet.

Wie im Grunde in jeder therapeutischen Sitzung gestaltet sich auch im Erstgespräch die erste Gesprächshälfte offener. In der zweiten Hälfte nehmen Fokussierungsaktivitäten zu. Während also im ersten Teil der ratsuchenden Person mehr Freiraum in der Gesprächsgestaltung gelassen wird, beginnt die Fachperson im weiteren Verlauf, sukzessive das Thema mehr oder weniger subtil zu steuern. So finden sich in der ersten Sitzungshälfte logischerweise auch andere therapeutische Interventionen als zum Ende hin.

19.1 Therapeutische Interventionen im ersten Teil des Erstgesprächs

Wie Grimmer (2014) herausstreicht, enthält bereits der Gesprächsbeginn eine typische Struktur; für gewöhnlich beansprucht nämlich die Fachperson das Recht, die Initialfrage nach dem Grund für das Kommen zu stellen ('Was führt Sie hierher?'). Diese Initialfrage soll offen und neutral formuliert werden (Künzler & Zimmermann, 1965). So fragt auch der Therapeut bei Alexandra: «fangen sie mal an+ genau was sie, hierher bringt» (Z 75) und bei Christoph: «ja was ist ihr anliegen?» (Z 11). Die Gesprächsphase, die danach folgt, ist der Erfassung und Klärung des Anliegens gewidmet. Man lasse sich dabei relativ offen die Situation schildern und frage interessiert nach. Und man sei sich im Klaren, dass 'das Problem' in einem einzigen Gespräch ohnehin nicht umfassend geklärt werden kann. Die Fachperson erhält einen kleinen Einblick in die Welt der betroffenen Person und wird, wenn sich der Eindruck einstellt, etwas verstanden zu haben, sich auf einen Aspekt daraus zu fokussieren beginnen.

19.1.1 Die Frage

Fragen zu stellen, ist die wahrscheinlich gängigste therapeutische Intervention. Sie mag für manche so selbstverständlich und intuitiv erscheinen, dass die Erläuterung dazu obsolet wirkt. Die verschiedenen Fragetechniken (offen, geschlossen, verdeckt, klärend usw.) werden hier auch nicht in ihrer Ausführlichkeit besprochen. Wichtiger ist, an dieser Stelle die Intervention des *Fragens* in Bezug auf die Bearbeitung des Anliegens im Erstgespräch zu beschreiben. Fragen zu Beginn des Erstgesprächs dienen in erster Linie dazu, das Problem und Anliegen erfassen und verstehen zu wollen. Wer nachfragt, signalisiert Interesse am Gegenüber. Es wird deutlich, dass den Schilderungen aufmerksam gefolgt und mitgedacht wird. Auch das Anliegen darf ausdrücklich erfragt werden. Dabei sind nicht nur die Therapieziele interessant, sondern vor allem auch die Vorstellungen darüber, wie diese zu erreichen sind (Therapieaufgaben), weil sie Aufschluss darüber geben, wie sich Ratsuchende die Zusammenarbeit vorstellen. Wie aus dem Gespräch 'Christoph' hervorgeht, kann auch die Erfassung dieser expliziten, bewussteinfähigen Elemente für das Verstehen der unbewussten Beziehungsregulation aufschlussreich sein.

Vorherrschend sind in der ersten Phase des Erstgesprächs noch relativ 'neutrale' Frageformen wie Klärungsfragen ('Alexandra', Z 306ff.: «haben sie das gefühl sie kriegen eher anerkennung? für ihre arbeit oder für ihre darstellung, oder ernten sie viel kritik?») sowie Bestätigungsfragen ('Alexandra', Z 522: «wenn ich das richtig versteh ... »). Es muss zunächst einmal 'Material' geschaffen werden, um damit später therapeutisch arbeiten zu können: «Question-answer sequences produce materials which may be later on "reinterpreted" through the therapists' statements and the clients' responses to them» (Vehviläinen et al., 2008, S. 194). Die Fragen geben auch Aufschluss über das klinische und fachtheoretische Verständnis, sozusagen die innere Landkarte, einer Fachperson. So ist es nicht verwunderlich, dass der klinisch geschulte Therapeut im Gespräch 'Christoph' zu eruieren sucht, ob sein Klient unter sozialer Isolation oder Lustlosigkeit leide, obwohl dieser zu Beginn nichts derartiges verlauten liess. Das klinische Interesse wurde alleine ob der Nennung von Antriebslosigkeit in diese Richtung gelenkt, weil diese ein typisches Symptom aus dem motivationalen Spektrum der Depression ist. Später dienen seine Fragen dazu, die selektiv bestimmten thematischen Aspekte auszuwählen und zu betonen und das Gespräch in eine bestimmte Richtung zu lenken. Dazu gehören auch suggestive und rhetorische Fragen. Sie gehen schon in Richtung von *Formulierungen*.

19.1.2 Die Erweiterung

Es handelt sich bei der *Erweiterung* (*extension*) um eine syntaktische Weiterführung des vom Gesprächspartner Gesagten (Vehviläinen et al., 2008, S. 192). Sie ist elliptisch aufgebaut (Sacks, 1992, S. 57ff.), das heisst sie lässt Satzteile aus – hier den Hauptsatz –, sodass sie nur im Zusammenhang zum vorangehenden (fremden) Redezug verstanden werden kann. Hier ein Beispiel aus dem Erstgespräch 'Alexandra' (Z 428-433):

- A/ und ähm, also ich meine konkurrenz macht man sich ja eigentlich selber. also.
T/ indem sie vergleichen +oder?
A/ ja.+ genau.
T/ ja. und sich messen +und
A/ genau+

Mit dem Begriff 'indem' wird Alexandras Aussage unmittelbar weitergeführt; die Worte des Therapeuten bilden damit die generische Verlängerung ihres Satzes. Dies hat einen bestimmten psychologischen Effekt: «By using the extension format – without referring to the patient as speaker, but instead continuing the patient's talk, talking as if from within the patient's experience – the analyst is able to imply that both of these experiences are true at the same time» (Vehviläinen, 2003, S. 583). Mit dieser Art der Intervention drückt der Therapeut zum einen sein Verstehen und seine Empathie aus (ebd.); denn nur wer achtsam und einführend zuhört, kann Sätze auch weiterführen. Wie bei der Intervention der *Wortsubstitution* (Kap. 18.3.4.1) wird hier ein Eingriff in den persönlichen Wissensbereich einer Person vorgenommen. «Through that [therapists] also show that they have some access to the other speaker's experience» (Vehviläinen et al., 2008, S. 192). Eine solche Intervention wird folglich eher dann geschehen, wenn sich zwei Leute schon besser kennen.

Die Intervention geht in ihrer Einflussnahme noch viel weiter: Sie bereitet oftmals den Boden für weiterführende Interventionen (z. B. eine Deutung), indem sie eine bestimmte Richtung vorgibt. Sie wird für gewöhnlich dann eingesetzt, wenn Zusammenhänge, Parallelen oder auch vergleichende Gegenüberstellungen eingeführt werden sollen, die bei späteren Deutungen relevant werden könnten. «In doing so, the analyst imports a therapy-laden interpretation into the account» (Antaki, 2008, S. 30). In dieser Gesprächssequenz setzt der Therapeut mit seiner erweiternden Intervention den Fokus auf das Thema des Rivalisierens. Er verleiht Ale-

xandras Kommentar Nachdruck, dass man sich die Konkurrenz im Grunde selbst mache, indem er ihre aktive Beteiligung an ihrer Misere nochmals herausstreicht.

19.1.3 Die Formulierung

Frage-Antwort-Sequenzen enden oft mit *Formulierungen* (Antaki, 2008). Sie sind das 'Gefährt', mit denen folgendes erreicht wird: «Die Rezeption der Patientenerzählung durch den Therapeuten geschieht in einem schmiegsamen Aneignungsprozess, der das Gesagte oft unvermerkt neu und anders arrangiert» (Boothe et al., 1998, S. 61). Die Intervention definiert sich als eine zusammenfassende Beobachtung im Sinne von 'Sie-sagen-also-dass-X', die aus drei Elementen zusammengesetzt ist, nämlich der *Streichung*, *Selektion* und *Zusammenfassung*. Eine Formulierung zielt neben der inhaltlichen Selektion und Richtungsweisung darauf ab, Verstehen und damit empathische Einfühlung zu signalisieren (Voutilainen & Peräkylä, 2016). Vor allem in der ersten Phase einer Therapie, wenn sich die Gesprächspartner noch nicht gut kennen, muss mit Missverständnissen gerechnet werden. Darum ist die Formulierung als therapeutische Aktivität ein sinnvolles Vorgehen, um sich im Sinne eines aktiven Monitorings mit dem Gegenüber abzustimmen. Im folgenden Gesprächsauszug ist gut sichtbar, wie eine *Formulierung* praktisch funktioniert:

Alexandras Version (Z 865-930)	Formulierung des Therapeuten (Z 952-976)
<p>ähm also wir haben, geprobt ... für ein neues stück und, ich habe sehr mühe gehabt: äh in dieser produktion, weil mir das stück nicht gefallen hat? äh ich habe mühe gehabt mit meinem spiel!partner das hat nicht wirklich funktioniert auf der bühne ich war sehr erschöpft weil ich vorher schon drei produktionen gemacht habe, einfach sehr müde, ich habe nur noch ferien gewollt, habe dann irgendwann gefunden ich: steige aus aus der produktion? sie haben mich dann aber überredet trotzdem noch, zu bleiben? dann habe ich mich entschieden okay ich mache diese produktion fertig? und habe dann gewusst dass meine ganze klasse eine woche nach *stadt2 geht an ein schauspielschultreffen ... und ich habe entschieden dass ich da nicht gehe sondern eine woche ferien mache ... und in dieser woche ist es mir eigentlich</p>	<p>ja. - also könnte man aber schon sagen dass; sie waren sehr erschöpft?</p> <p>aber dann haben sie eine für sich letztlich, erst mal positive entscheidung getroffen, sich diese, +erholungsphase zu gönnen?</p>

<p>sehr gut gegangen auch und. ich habe wieder einmal können einfach ähm, in den ausgang oder andere leute treffen. also einfach, ja. so ein wenig abschalten. und dann ist sonntag gewesen und ich habe gewusst am montag fangen wieder proben an. äh, <u>hab keine lust gehabt zum wieder proben eben weil ich einfach wieder es ist einfach wieder es, hervor-</u> <u>gekommen, will ich das überhaupt.</u> und dann äh, habe ich am sonntag erfahren dass, unsere klasse äh den wettbewerb gewonnen hat, und äh dass eine noch einen solopreis bekommen hat von unserer klasse und dann ist es irgendwie so - ja dann, ist es wie einfach, auch! eine art eifersucht gewesen. und dann äh - ja und dann hat es mich einfach, dann bin ich gleich still und, sage nichts mehr und bin einfach, extrem, verschlossen. und äh, fange an an mir zu zweifeln. ob ich das überhaupt kann, ob ich genug gut bin, ob es mich überhaupt braucht in diesem beruf. bin ich mittelmässig, mittelmässigkeit braucht es nicht in diesem beruf? ... braucht! es mich überhaupt in diesem beruf. oder braucht es mich irgendwo anders. - und dann ... am montag morgen dann; oder auch am sonntag abend habe ich dann einfach einen zusammenbruch gehabt. und geweint und - am montag morgen dann wieder. also wo ich einfach, nicht mehr raus wollte. nicht mehr proben wollte. am liebsten einfach nur noch, den koffer gepackt hätte und einfach weit weg.³²</p>	<p>und dann haben sie aber gesehen wie Ihre klasse etwas macht mit dem sie sehr erfolgreich ist bei dem sie aber nicht dabei waren dann, und zudem noch eine andere, frau! ein ein solopreis bekommt, und dieser, das hat dann sehr geschmerzt. /(?zumindest) die, und dann kam die vergleichs-, frage so stark und die konkurrenzfrage im gewissen sinne und die frage 'bin ich auch! so gut oder', und und dann eben, so extreme selbst-, extreme selbstzweifel.</p>
---	--

Der Therapeut wählt eine die *Formulierung* typischerweise rahmende Wendung («also könnte man aber schon sagen dass...»), die anzeigt, dass er nun, sozusagen stellvertretend für seine Klientin, eine Auslegung des Erzählten darlegen wird. In seiner *Zusammenfassung* lässt er gewisse Inhalte wie die Thematisierung der Ambivalenz (unterstrichen) weg (*Selektion*). Andere Inhalte werden stark verkürzt; so wird aus Alexandras ausführlicher Beschreibung des nervlichen Zusammenbruchs ein kurzes «und ... das hat dann sehr geschmerzt». Hingegen wird offensichtlich der Aspekt des Konkurrierens ausgeführt und auch deutlich benannt; auch auf Alexandras inneren Dialog («bin ich mittelmässig») wird dabei indirekt verwiesen («die vergleichsfrage ... die konkurrenzfrage»). Es wird sehr deutlich, wo der Therapeut Schwerpunkte setzt. Indem er keine inhaltlichen Veränderungen zu Alexandras Ausführung vornimmt, son-

³² Auf das Thema der Vermeidung geht der Therapeut zwar nicht in seiner Formulierung, aber in auf Alexandras Schilderung folgenden Klärungsfragen ein.

dern die einzelnen Aspekte nur subtil anders gewichtet – weniger auf der Leidenssymptomatik und stärker auf dem Vergleich mit anderen – geschieht die Einflussnahme kaum merklich.

Da sich *Formulierungen* auf etwas beziehen, was in den persönlichen Erfahrungsbereich des Gegenübers gehört, ist regelhaft zu erwarten, dass dieses mit einem Kommentar dazu entweder seine Zustimmung abgeben oder korrigierend eingreifen wird. Formulierungen sind deshalb auch als aktives Monitoring zu begreifen, das heisst, Therapeut/innen vergewissern sich damit gleichzeitig, dass ein gemeinsames Verständnis der Problematik vorliegt. Man gleicht mit der zusammenfassenden Wiederholung die Versionen ab. Dies ist vor allem entscheidend, wenn danach eine Intervention (wie im Beispiel von Alexandra eine *Reinterpretation*) auf ebendiesen Inhalten aufbaut.

19.2 Therapeutische Interventionen im zweiten Teil des Erstgesprächs

Im zweiten Teil nehmen Fokussierungsaktivitäten und schliesslich auch kreditierende Interventionen zu. Sie bauen auf den (diagnostischen und therapeutischen) Überlegungen auf, die man sich im ersten Gesprächsteil gemacht hat.

19.2.1 Die Reinterpretation

Die *Reinterpretation* (*reinterpretative statement*) beschreibt eine Umdeutung oder Neuinterpretation (Bercelli et al., 2008). Sie wird in Form einer Aussage bzw. Stellungnahme (*statement-designed*) dargebracht – im Unterschied zur *Formulierung*, die oftmals fragenden Charakter hat. Während bei letzterer die Worte des Patienten aufgenommen und subtil verändert werden, ist bei der Reinterpretation durch die Therapeutin oder den Therapeuten eben gerade zentral, deren oder dessen eigene Sichtweise explizit als solche auszuweisen (Vehviläinen et al., 2008, S. 193).

Reinterpretation aus dem Erstgespräch 'Alexandra' (Z 981-985)

T/ heisst das es wäre die frage wie sie da - sozusagen, so eine art von - also man kann sich ja fragen ob diese ob sie so konkurrieren müssen! das könnte man sich ja fragen sozusagen ob nicht jeder letztlich, in gewissem sinne ja einzigartig spielt aber.

Diese deutlich sichtbare Unabhängigkeit von der Patientenperspektive (*independency*) ist das erste Gestaltungsmerkmal der *Reinterpretation*: «Therapists forward their own perspectives,

ostensibly shifting the point of prior clients' versions of their own events or possibly forwarding some divergence from them» (Bercelli et al., 2008, S. 48). Es geht nicht um das Gemeinsame, sondern um Disparität. Es ist eine kreditierende Intervention, weil der Therapeut zu einer neuen Sichtweise auf- und herausfordert. Das zweite (sequentielle) Merkmal der *Reinterpretation* liegt darin, dass der Therapeut sich auf ein persönliches Erleben einer anderen Person bezieht, was nach einer Reaktion verlangt. «If A makes a statement about B-events, then it is heard as a request for confirmation» (Labov & Fanshel, 1977, S. 100).

19.2.2 Die Deutung

*In a way psycho-analysis is extremely simple,
but like every simple thing,
for some reason it is awfully difficult to carry out.
(Bion, 1979/1994, pos. 137)*

Die *Deutung* (englisch: *interpretation*) ist eine klassische psychoanalytische Technik, um unbewusste Aspekte bewusst werden zu lassen. Wenn sie gelingt, ist sie eine ausgesprochen kraftvolle Intervention. Aus konversationsanalytischer Warte wird die Deutung folgendermaßen beschrieben: «The analyst treats a topic following another topic in the client's talk as an *association* of that topic, that is, as essentially connected to the first topic by an unconscious link» (Vehviläinen, 2003, S. 574). Die Deutung durch den Therapeuten meint also, dass dieser zwei Aspekte, zwischen welchen zuvor noch keinerlei assoziative Verbindung (*unconscious link*) bestand, in einen sinnhaften Zusammenhang stellt. «Man kann argumentieren, dass eine Deutung jedes Mal stattfindet, wenn sich aus neuen Verknüpfungen ein neuer Sinn ergibt» (Hartkamp, 2004, S. 89).

Was sich als erste Empfehlung zur Deutung sagen lässt, ist, dass sie gut vorbereitet sein muss. «The analyst does preparatory work to create the relevance, and an interactional "slot", for the interpretation, thereby co-constructing it with the client» (Vehviläinen, 2008, S. 121). Das hat vor allem damit zu tun, dass der Therapeut sicherstellen muss, dass sein Gegenüber die Deutung aufnehmen, verstehen und einordnen kann. «Ist dem nicht so, kann eine Deutung als Kritik, Entwertung oder Kränkung, oder als ein Versuch der Bemächtigung und Überwältigung erlebt werden» (Hartkamp, 2004, S. 84). Eine Deutung, auch wenn sie traditionellerweise erst gegen Ende einer Sitzung angebracht wird, wird demnach schon früh angedacht und baut vor allem auf konfrontativen, klärenden und affektidentifizierenden Interventionen

auf (ebd.). Anhand des Erstgesprächs 'Christoph' lässt sich nachvollziehen, wie effizient der Therapeut von Beginn weg die Gesprächsstruktur gestalten muss, um zum Schluss hin seine Deutung anzubringen: Nach einer kurze Einführung, 15 Minuten Problemeruierung und 15 Minuten Anliegenklärung beginnt er mit den Fokussierungsaktivitäten.

19.2.2.1 Ein Rätsel wird heraufbeschworen

Wie Vehviläinen (2003) aus konversationsanalytischen Untersuchungen psychoanalytischer Interventionen folgert, behelfen sich Psychoanalytiker/innen zunächst mit folgender Strategie: Mit der Fokussierung auf eine bestimmte Klientenhandlung lassen sie vor dem geistigen Auge eine Art Rätsel entstehen (*to invoke a puzzle*; ebd., S. 580), dessen Lösung dann die gemeinsame Aufgabe sein wird: «Connections and contradictions in the associated materials, pointed by the analyst, provide puzzles: noteworthy, enigmatic issues calling for exploration and explanation» (ebd., 2008, S. 121f.). Ogden (1992) nennt dieses Vorgehen *creating analytic significance* (S. 226). Zwei typische Redezüge gehören zu dieser Intervention: Erstens wird eine unmittelbar vorausgegangene Klientenhandlung (Verhalten, Aussage) thematisiert (*topicalizing statement*), und zweitens wird eine ‚warum‘-Frage (*why-question*) dazu gestellt (Vehviläinen, 2008, S. 123). Anstatt dass eine bestimmte Klientenhandlung nur beobachtet wird, wird direkt nach einer Begründung dafür gefragt.

Erstgespräch 'Christoph' (Z 779-848)

- T/ hm+ hm hm - - - - (38s) wie ist so der gesprächsverlauf für sie jetzt.
- C/ mja es ist noch, ein bisschen ungewohnt ... so ein bisschen das auf den punkt zu bringen weil irgendwo: i- - habe ich selber auch nicht, klare vorstellungen ... und das ist das problem ... einfach - das m- mitzuteilen was ... dann effektiv das problem dann ausmacht. ... weil das nicht so klar... greifbar ist.
- T/ hm. hm. ja also ich muss sagen also es ist für mich ich ich merke! das dass das äh - also ich habe das auch den eindruck ich ich muss sie da ich habe jetzt oft nachgefragt! so und es ist so, ähm - wie soll ich sagen? ja, es äh, es wird, m- wenig konkret so. für mich. verstehen sie was ich +meine? so
- C/ jaa!+
- T/ ähä. ist das - das wie nachvollziehbar für sie oder w- wie ist das?
- C/ mja: irgendwo schon +ja.
- T/ mm+ was meinen sie wie v- von was hängt das ab? - -
- C/ dass ich, dass ich's vielleicht - selber irgendwo nicht weiss ...

...

- T/ **hm, das bringt mich so ein bisschen in die rolle von dem der muss, der muss aktiv werden. der nachfragen muss ...** ja ist das; erleben sie das auch so? oder können sie das nach- verstehen wenn +ich das //(?:vielleicht so)
- C/ ja! ja das+ versteh ich schon +ja eben

Die freie Gesprächspause zeigt den abrupten Themenwechsel an; was kommt, bezieht sich in keiner Weise auf den Inhalt des vorangegangenen Dialogs. Der Therapeut spricht die Gesprächsgestaltung des Klienten (problematisierend) an und fragt im Anschluss 'wovon das abhängt' (Unterstreichungen). Diese Intervention ist auch eine *Konfrontation*, also eine Intervention, mit der dem Klienten ein Erleben oder Verhalten vor Augen geführt wird (und das später auch Gegenstand einer Deutung sein kann). «Die Begriffswahl "Konfrontation" erscheint dabei insofern unglücklich, als sie zu dem Missverständnis führen könnte, dieses Konfrontation solle in einer aggressiven Weise erfolgen. Günstiger erscheint es, ... von ... "Demonstration" zu sprechen» (Hartkamp, 2004, S. 79).

In diesem Beispiel wird der Klient mit dem *Widerstand* gegen die Behandlung konfrontiert. Allerdings soll dieser nicht in erster Linie als ‚Problem‘ in der Interaktion verstanden werden, sondern – und dies zeigt die weiterführende (Warum-)Frage an – als Startpunkt zur Exploration. Die detektivistische Manier der Psychoanalyse wird hier sichtbar: Es wird suggeriert, dass der Handlung des Klienten eine versteckte, unverständene Bedeutung innewohnt, der es nachzugehen gilt. Man beachte, dass der Therapeut sich seine Feststellung vom Klienten bestätigen lässt. So versichert er sich, dass dieser auch in der Folge kooperativ mitgehen wird.

19.2.2.2 Die eigentliche Deutung: "The interpretative trajectory"

In der Vermittlung psychoanalytischer Behandlungstechniken wird die Deutung meistens nur inhaltlich behandelt, das heisst in Bezug auf die Frage, *was* zu deuten ist. Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten lernen, welche thematischen Ebenen miteinander in Verbindung zu bringen sind (genetisch-rekonstruktive Deutung, Übertragungsdeutung, Traumdeutung, Symptomdeutung; siehe Hartkamp, 2004, S. 79). Dass eine Deutung indes gerade nicht 'plötzlich vom Himmel fällt', sondern das Gegenüber achtsam und überzeugend an sie herangeführt werden muss – im besten Falle so, dass es die Verknüpfung selbständig anbringt – wird in Weiterbildungskursen nicht vermittelt. Peräkylä und Vehviläinen zeigen in diesem Zusammenhang auf, dass der eigentlichen Deutung ein langer interaktiver Prozess vorausgeht. Sie nennen ihn deswegen sinnhaft *the interpretative trajectory* (Vehviläinen, 2003). Es han-

delt sich bei dieser Intervention streng genommen also nicht um eine Deutung, sondern um einen *Deutungsverlauf*. Und damit wird auch erkennbar, dass eine (gelungene) Deutung nicht vom Therapeuten oder von der Therapeutin alleine geschaffen werden kann, sondern er oder sie auf die Kooperation des Gegenübers angewiesen ist.

One of the stereotypical assumptions about psychoanalytic interaction is that the patient talks in a monologue while the analyst mainly listens in total silence, or only occasionally informs the patient what her or his talk means psychoanalytically. However, we have found that interpretations are much more of an interactional achievement. (Vehviläinen, 2003, S. 579)

Erstgespräch 'Christoph' (Z 924-976)

- T/ ich weiss nicht was es bedeutet! es ist so eine beobachtung oder? +und einfach auch, jetzt ein ... gedanke über über den verlauf des gesprächs ... und das ist jetzt mal, so ein, hinweis.
- C/ eben das ist mir, o- irgendwo schon bewusst: - dass ich häufig wahrscheinlich das; oder es wird mir jetzt bewusst eben und dass es vielleicht auch - einen zusammenhang hat irgendwo ss: so ein bisschen das: ein bisschen schwammig halt, um mir selber auch nicht dann, konkret müssen, werden. ...
- T/ ... ich weiss nicht ... ob es; ja: die frage was ist dahinter! ... was denken sie oder was sie noch für d- gedanken oder phantasien da, die sie aber nicht! s- sagen oder nicht sagen können. die w- sicher da sind. so also. was immer auch die gründe sind also so das, ist vielleicht auch eine schwierigkeit ja. - hm -
- C/ jaa. also vielleicht hat das: also das ist denke ich, durchaus auch ein punkt wo man könnte, ja wo man effektiv könnte ansetzen. dass ich - mja vielleicht mühe habe - klar zu sagen und irgendwo ausweiche oder?
- ...
- T/ ja+. also, w- es deutet darauf hin dass es, vielleicht schon **einen zusammenhang hat mit ... dem wo sie m-, bericht-**, versuchen zu berichten oder berichten auch so. **das thema jetzt äh, ihre schwierigkeiten so, mit dem ä: eben nicht vorwärts +kommen**

Diese Gesprächspassage macht sichtbar, dass die Deutung (**fett**) auf Zusammenarbeit beruht. Der Therapeut kann auf das aufbauen, was sein Klient ihm mitteilt («dass ich - mja vielleicht mühe habe - klar zu sagen und irgendwo ausweichen»). Ohne dessen Kooperation wäre eine solche Intervention nicht möglich oder erschiene so, als wolle der Therapeut dem Klienten etwas Fremdes 'aufdrücken'.

Der kunstvolle Akt der Deutung kann also in seiner äusseren (Vollzugs-)Form gesprächsanalytisch nachgezeichnet werden. Die inhaltlich elegante 'Füllung' ist vielleicht weniger leicht zu erlernen. Dafür sind Kreativität und Fingerspitzengefühl gefragt. Ein geduldiger und zurückhaltender Umgang in der Vermittlung und Deutung seelischer Regungen ist immer angebracht. Wenn das Thema des Gesprächs eine Person und ihr Leben im Intimsten betreffen, gilt für das Erstgespräch wie für alle darauf folgenden Therapiesitzungen: «When you begin to feel that all these different free associations are not really different ones, because they have the same pattern, then it becomes important to wait until you know what the pattern is» (Bion, 1979/1994, pos. 276-277).

19.3 Die Beachtung der nonverbalen Kommunikation

Anleitungen zur nonverbalen Beziehungsgestaltung im psychotherapeutischen Gespräch bewegen sich oftmals auf sehr allgemeinem Niveau: «Mit dem Oberkörper zum Patienten hingeneigt sitzen, Arme offen statt verschränkt, warmer, kompetenter, nichtängstlicher Tonfall, lebhaftes Gestik, häufiges Lächeln und zustimmendes Nicken» (Grawe, 2004; zit. nach Stucki & Grawe, 2007, S. 22f.). Das liegt auch daran, dass Handlungsanweisungen zum nonverbalen Verhalten tatsächlich nur bedingt möglich sind, da nonverbales Verhalten grösstenteils unbewusst abläuft. Dies macht diesen kommunikativen Kanal zu einem interessanten und ertragreichen Forschungsgebiet. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse lassen sich indes nicht sogleich wieder, im Sinne einer bewussten 'Manipulation', in die therapeutische Situation übertragen.

Therapeutische Fachpersonen können aber lernen, das nonverbale Verhalten an sich selbst und an anderen besser wahrzunehmen. Gerade Vertreterinnen und Vertreter der psychoanalytischen Tradition haben viel Übung im achtsamen Erspüren ihrer Gegenübertragungsgefühle. Es gilt, im Rahmen dessen auch dem Kommunikationskanal des Nonverbalen Aufmerksamkeit zu schenken: Wie ist mein Gesichtsausdruck? Entspannt? Verkrampft? Lächle ich mehr als sonst? Lächle ich ständig? Gucke ich anders als sonst? Bewege ich mich anders als sonst?

Auffälliges nonverbales Verhalten bei sich selbst wahrzunehmen ist umso einfacher, je mehr (deklaratives) Wissen über nonverbale Prozesse vorhanden ist. So weiss die Person, auf welche Signale es zu achten gilt. Lächeln beispielsweise, gerade in seiner Abwehrfunktion (Aggressionshemmung), ist mittlerweile sehr gut untersucht und sollte dem geschulten Therapeu-

tenauge auffallen. Es gilt sich auch in Erinnerung zu rufen, dass die verschiedenen Kommunikationskanäle unterschiedlich nutzbar sind. Die empirischen Fallanalysen geben gute Beispiele dafür, dass verbal kreditierende (das heisst herausfordernde) Interventionen mimisch-nonverbal aufgefangen werden können. Dem Gegenüber wird signalisiert, dass der Fachperson trotz der herausfordernden und manchmal kränkenden aufdeckenden Arbeit an einem guten Kontakt gelegen ist.

20 Ausblick: Was muss zukünftige Forschung zum Anliegen leisten?

Aus den beiden Fallanalysen lässt sich schliessen, dass ein Anliegen an eine Abklärung im ersten Gespräch nicht vollumfänglich erarbeitet werden kann. Besonders aufschlussreich wäre es darum, eine mehrstündige Abklärung in ihrem Gesamtverlauf zu untersuchen. Nicht nur die Veränderung in der Beziehungsdynamik über eine Stunde hinweg, sondern über einen längeren Zeitraum, wäre nachzuverfolgen. Ausserdem könnte auch untersucht werden, wie Klientinnen und Klienten auf das in der vorherigen Stunde Besprochene reagieren.

Wie bereits bemerkt, ist ein qualitativer, multimethodaler Ansatz bei der Untersuchung solcher komplexer Themen wie dem Anliegen unabdingbar. Auch im Sinne der Validierung ist ein methodentriangulierendes Vorgehen vorteilhaft. Allerdings sollten die Methoden gezielter, sprich, zeiteffizienter eingesetzt werden als in der vorliegenden Studie, die einer ersten Exploration diene. Nur so könnte auch ein Datenkorpus grösseren Umfangs bearbeitet werden.

In der vorliegenden Studie wurden nur psychoanalytische Erstgespräche untersucht. Dies machte vor dem fachtheoretischen Hintergrund der Forscherin, die selbst psychoanalytische Psychotherapeutin ist, natürlich Sinn. Doch folgendes Zitat von Vehviläinen gibt im Hinblick auf eine weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit kommunikativen Phänomena in psychotherapeutischen oder Beratungsgesprächen zu denken:

Sometimes interactional practices do not fit very well to the practitioners' theories or ideals they are supposed to incarnate - this may be what the conversation analyst finds when exploring the relationship between empirical findings and theories of the practice (Vehviläinen, 1999). However, with psychoanalysis, interactional findings usually do find a match within psychoanalytic theory ... This is not to claim that the perspectives of CA and psychoanalysis on the interactional phenomena would be the same. It is more an observation that the "stock of interactional knowledge" ... of psychoanalysis is relatively refined: within psychoanalysis there is a detailed body of knowledge on interactional phenomena. (Vehviläinen, 2008, S. 121)

Vor diesem Hintergrund wäre es umso interessanter, Erstgespräche anderer Therapieverfahren oder Beratungsformen vergleichend zu untersuchen.

21 Gesamtbetrachtung: Was leistet das Erstgespräch und welche Rolle spielt das Anliegen?

... the belief that analysts are concerned with finding fault – crime detection as it were. But we aren't; we are trying to find the patient, whoever or whatever the patient is. ... of that what we ... are concerned with is helping human beings, not making them miserable or upsetting them. ... it may be very important to show him [Anm. d. Aut.: the patient], when the time comes, that there exists some capacity for affection, sympathy, understanding – not just diagnoses and surgery, not just analytic jargon, but interest in the person. (Bion, 1979/1994 pos. 336)

In einem Erstgespräch wird rasch sichtbar, dass die ratsuchende Person sich nicht nur mit einem *Problem* befasst, sondern – meist schon seit vielen Jahren – alle möglichen Versuche unternommen hat, um aus ihrer Situation herauszufinden. Ihre Aufmerksamkeit liegt also mehr auf der Überwindung der Problematik. Hier setzt das Konzept des *Anliegens* an: Es will beschreiben, dass Ratsuchende nicht mit einem Problem im Erstgespräch erscheinen, sondern mit einem Anliegen, das sie an die Fachperson richten. Diese soll ihnen dabei helfen, Orientierung und Lösung zu finden. Wer *anliegensorientiert* vorgeht, fragt sich nicht nur, wo das Problem einer Person liegt, sondern auch, was die Person von einer Psychotherapie will.

Der erste Kontakt zwischen Klient/innen und Therapeut/innen ist massgeblich dafür, ob eine Therapie zustande kommen wird oder nicht. Das psychotherapeutische Erstgespräch hat darum neben einer ersten Diagnostik immer auch den Zweck, einen guten Kontakt zu Klientinnen und Klienten aufzubauen. Auf diese einzugehen erschöpft sich indes nicht in der Schaffung einer wertschätzenden und vertrauensvollen Atmosphäre – wenngleich dies natürlich auch eine zentrale therapeutische Aufgabe ist. Sie müssen aktiv in die therapeutische Arbeit eingebunden werden. Die grösste ermittelbare Varianz auf den Therapieerfolg liegt keinesfalls bei den Behandelnden selbst, sondern bei externen Faktoren und den Klient/innen selbst (Norcross & Lambert, 2011a, S. 13). Dementsprechend ist es nur vernünftig, jene ihre Verantwortung für den Therapieprozess spüren zu lassen und aktiv einzufordern. Diese partnerschaftliche Haltung muss bereits im Erstgespräch deutlich werden. Offensichtlich scheint dies auch von Klientenseite her gewünscht. So zeigen Befragungen zur Zufriedenheit mit Abklärungen, dass Klient/innen grossen Wert darauf legen, dass ihr Problem, aber auch ihre Wünsche und Erwartungen an eine spätere Therapie aktiv erfragt, sie transparent über die (fach-

spezifischen) Vorgänge informiert und in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden, und ihnen schliesslich der passende Therapieplatz vermittelt wird.

Aus einer Abklärung kann nur dann eine Psychotherapie entstehen, wenn die am Gespräch Beteiligten es schaffen, ein gemeinsames Anliegen zu entwickeln, an dem sie arbeiten möchten. Die therapeutische Kunst besteht demzufolge darin, neben der fachkompetenten (diagnostischen) Einschätzung auch die Patientenperspektive (Anliegen) zu erfassen und einen möglichst grossen gemeinsamen Nenner im Problemverständnis und dem Vorgehen in der Psychotherapie zu finden. Die Orientierung am Anliegen und die gemeinsame Aushandlung einer für beide Seiten funktionierenden Arbeitsgrundlage stellen einen Zusatz zum reichen Behandlungswissen zum Erstgespräch und sind nicht dazu gedacht, die Diagnostik zu ersetzen. Die Orientierung an diagnostischen Fragen gehört nach wie vor zum Erstgespräch dazu. Auf sie zu verzichten, ist ohnehin nicht möglich. Therapeutinnen und Therapeuten sind darin ausgebildet, vor dem Hintergrund der jeweiligen Störungslehre eine Einschätzung einer Person vorzunehmen. Wie die erfahrene Fliesenlegerin keinen Raum betreten kann, ohne mit ihrem kenntnisreichen Blick und sozusagen 'ohne zu denken' die Qualität eines Bodenbelags sofort einzuschätzen, oder wie ein Zahnarzt auch ausserhalb der Behandlungspraxis das Gebiss seines Gesprächspartners gewohnheitsmässig einer Begutachtung unterzieht, so können auch erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten den fachlich geschärften Blick nicht mehr 'ablegen'. Der Verzicht, in diagnostischen Kategorien zu denken, würde einem absichtlichen Weglassen bereits gewonnener Erkenntnis gleichkommen. Dies wäre insofern auch unsinnig, als die Diagnostik das Rüstzeug ist, um das Leiden einer Person einzuschätzen. Die Einschätzung (und Einordnung) wird benötigt, um die weitere Behandlung planen zu können.

Eine geeignete Lösung für ein Leiden zu entwickeln, mit dem sich Betroffene meist bereits über lange Zeit herumgeschlagen und aus welchem sie auch nach vielen Anläufen keinen Weg heraus gefunden haben, ist nicht so simpel, wie es vielleicht klingen mag. Therapeut/innen begeben sich, wenn sie sich den Schilderungen und Erzählungen ihrer Klient/innen öffnen, auf verschlungene Pfade und in verwirrende Situationen. Oftmals fällt es den Betroffenen schon schwer, sich verständlich zu artikulieren, eben weil ihre Situation kompliziert ist. So muss zunächst ein gemeinsames Problem- und Anliegenverständnis geschaffen werden. Die Ratsuchenden müssen sich selber besser verstehen lernen (das wird oftmals gemeint, wenn gesagt wird, man habe sein Problem nun *besser* verstanden) und es

muss sich auch eine Ebene der wechselseitigen Verständigung zwischen den beiden Gesprächspartnern etablieren. Damit wird klar, dass die Erfassung des Anliegens nicht so einfach handhabbar ist, wie es handlungsanleitende Manuale oder Fragebögen zu Therapieaufgaben und -zielen manchmal suggerieren. Sich zu verständigen und zu verstehen ist schwierig, wenn man sich selbst nicht versteht. Ein therapeutisches Gespräch kann nur dann gelingen, wenn man aus einer partnerschaftlichen Haltung heraus denkt und handelt – und oftmals entscheidet diese Haltung schon, ob eine Psychotherapie überhaupt angegangen wird oder nicht. Daher ist die Bezugnahme auf das Anliegen auch eine Verantwortung, die Therapeutinnen und Therapeuten tragen und derer sie sich bewusst sein sollten.

Literaturverzeichnis

- Alden, L. E. & Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (5), 497–505.
- Alexander, L. B. & Luborsky, L. (1987). *The Penn Helping Alliance Scales*. In: L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Hrsg.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (S. 325–366). New York: The Guilford Press.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Almansa, J., Lépine, J. P. & Brugha, T. S. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry*, 190, 299–306.
- Altamura, A. C., Bassetti, R., Bigotti, S., Pioli, R. & Mundo, E. (2003). Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. *Schizophrenia Research*, 60, 47–55.
- Altamura, A. C., Bassetti, R., Sassella, F., Salvadori, D. & Mundo, E. (2001). Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study. *Schizophrenia Research*, 52, 29–36.
- Altamura, A. C., Buoli, M., Albano, A. & Dell'Osso, B. (2010). Age at onset and latency to treatment (duration of untreated illness) in patients with mood and anxiety disorders: a naturalistic study. *International Clinical Psychopharmacology*, 25, 172–179.
- Altamura, A. C., Dell'Osso, B., Berlin, H. A., Buoli, M., Bassetti, R. & Mundo, E. (2010). Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 260, 385–391.
- Amati Mehler, J., Argentinieri, S., Batini, M., Bellanova, P., Calvesi, A., Cargnelutti, E., De Lauro, L., Giannitelli, S., Merendino, R., Paulin, P., Tappa, G., Vergine, A. & Zerbino, E. (1981). Formazione della coppia analitica e identità dello psicoanalista. *Rivista di Psicoanalisi Anno XXVII*, 27, 99–121.
- Andrews, G., Issakidis, C. & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417–425.
- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B. & Krause, R. (1996). Erinnern und Agieren. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 42 (1), 34–55.
- Antaki, C. (2008). *Formulations in psychotherapy*. In: A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Hrsg.), *Conversation analysis and psychotherapy* (S. 26–42). Cambridge: Cambridge University Press.
- APA Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik. (2006). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2 – das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Argelander, H. (1966). Zur Psychodynamik des Erstinterviews. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 20 (1), 40–53.
- Argelander, H. (1970/2009). *Das Erstinterview in der Psychotherapie* (8. Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Argelander, H. (1976). Im Sprechstundeninterview bei Freud. Technische Überlegungen zu Freuds Fall "Katharina". *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 30, 665–702.

- Argelander, H. (1978). Das psychoanalytische Erstinterview und seine Methode. Ein Nachtrag zu Freuds Fall "Katharina". *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 32, 1089–1098.
- Auerbach, A. H. & Johnson, M. (1977). *Research on the therapist's level of experience*. In: A. S. Gurman & A. M. Razin (Hrsg.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (S. 84–102). Oxford: Pergamon Press.
- Aveline, M. (2005). The person of the therapist. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 155–164.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28 (4), 534–549.
- Bachrach, H. M. & Leaff, L. A. (1978). 'Analyzability': A systematic review of the clinical and quantitative literature. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 26, 881–920.
- Balint, M. & Balint, E. (1962). *Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*. Bern: Huber.
- Balint, M. & Balint, E. (1966). *Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*. Bern: Hans Huber.
- Bänninger-Huber, E. (1992). Prototypical affective microsequences in psychotherapeutic interaction. *Psychotherapy Research*, 2, 291–306.
- Bänninger-Huber, E. (1996). *Mimik – Uebertragung – Interaktion die Untersuchung affektiver Prozesse in der Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Bänninger-Huber, E. (2006). *Die Bedeutung der Affekte für die Psychotherapie*. In: H. Böker (Hrsg.), *Psychoanalyse und Psychiatrie* (S. 301–314). Berlin: Springer.
- Bänninger-Huber, E. (2011). Die Bedeutung der Affekte für die Psychotherapie. *Jatros Neurologie & Psychiatrie*, 19, 42–43.
- Bänninger-Huber, E. (2014a). *Phenomenology and function of interactive relationship patterns in everyday interactions and psychotherapy: Introduction*. In: C. de Sousa & A. M. Oliveira (Hrsg.), *Proceedings of the 14th European Conference on Facial Expression. New Challenges for Research* (S. 22–26). Coimbra: IPCDVS.
- Bänninger-Huber, E. (2014b). *Prototypical Affective Microsequences (PAMs), working alliance and psychotherapeutic process*. In: C. de Sousa & A. M. Oliveira (Hrsg.), *Proceedings of the 14th European Conference on Facial Expression. New Challenges for Research* (S. 22–26). Coimbra: IPCDVS.
- Bänninger-Huber, E. (2015). *Interaktive Beziehungsmuster und psychotherapeutischer Prozess*. In: I. Sammet, G. Dammann & G. Schiepek (Hrsg.), *Münsterlinger Reihe in Psychotherapie und Psychosomatik* (Bd. 4: Der psychotherapeutische Prozess, S. 207–216). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bänninger-Huber, E., Ahrends, L., Hofer, M., Huber, E., Gillmann, J., Kainz, G. & Wolski, V. (2016). *Prototypische Affektive Mikrosequenzen und spezifische Lachepisoden in einer psychoanalytischen Psychotherapie*. In: E. Bänninger-Huber & S. Monsberger (Hrsg.), *Prozesse der Emotionsregulierung in psychoanalytischen Langzeittherapien*. Innsbruck: innsbruck university press.
- Bänninger-Huber, E. & Gruber, V. (2010). *Laughter as a means of emotion regulation*. In: A. Freitas-Magalhaes (Hrsg.), *Emotion expression: The brain and the face* (Bd. 2, S. 45–63). Oporto: University Fernando Pessoa Press.
- Bänninger-Huber, E., Juen, B. & Peham, D. (2004). *Die Rolle des Lächelns in der Psychotherapie*. In: M. Hermer & H. G. Klinzing (Hrsg.), *Nonverbale Prozesse in der Psychotherapie* (S. 157–176). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bänninger-Huber, E. & Monsberger, S. (2016). *Prozesse der Emotionsregulierung in psychoanalytischen Langzeittherapien: mikroanalytische Untersuchungen zur therapeutischen Beziehungsgestaltung*. Innsbruck: innsbruck university press.
- Bänninger-Huber, E. & Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 9, 74–87.

- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D. & Beth Connolly Gibbons, M. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the Nation Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 229–240.
- Beahrs, J. O. & Gutheil, T. G. (2001). Informed consent in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 158, 4–10.
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11, 73–87.
- Benecke, C. (2009). *Facial Expression Research in Clinical Psychology*. In: E. Bänninger-Huber & D. Peham (Hrsg.), *Current and Future Perspectives in Facial Expression Research: Topics and Methodological Questions – Proceedings of the International Meeting at the Institute of Psychology, University of Innsbruck, Austria, September 28-29, 2007* (2nd enhanced online-edition 2009. Aufl., S. 20–26). Innsbruck: Innsbruck University Press.
- Benecke, C. & Dammann, G. (2004). *Nonverbales Verhalten von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung*. In: M. Hermer & H. G. Klinzing (Hrsg.), *Nonverbale Prozesse in der Psychotherapie* (S. 261–272). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bercelli, F., Rossano, F. & Viaro, M. (2008). *Clients' responses to therapists' reinterpretations*. In: A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Hrsg.), *Conversation analysis and psychotherapy* (S. 43–61). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berelson, B. (1984). *Content Analysis in Communication Research*. Glencoe, Ill: Free Press.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th.). New York: J. Wiley.
- Bergmann, J. R. (1982). *Schweigephase im Gespräch – Aspekte ihrer interaktiven Organisation*. In: H.-G. Söffner (Hrsg.), *Beiträge zu einer empirischen Sprachsoziologie* (S. 143–184). Tübingen: Narr.
- Bergmann, J. R. (1994). *Ethnomethodologische Konversationsanalyse*. In: G. Fritz & F. Hundsnißscher (Hrsg.), *Handbuch der Dialoganalyse* (S. 3–16). Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Bhatia, A. & Gelso, C. J. (2013). *A test of the tripartite model of the therapy relationship from the therapist perspective*. Memphis, TN: North American Society for Psychotherapy Research.
- Billmann-Mahecha, E. (2001). Kann über die Methodenfrage die "Einheit" der Psychologie gerettet werden? *Psychologie und Geschichte*, 9 (3/4), 117–127.
- Bion, W. R. (1979/1994). *Clinical seminars and other works* (Kindle.). London: Karnac Books.
- Bitti, P. E. R., Bonfiglioli, L., Melani, P., Caterina, R. & Garotti, P. (2014). Expression and communication of doubt/uncertainty through facial expression. *Journal of Theories and Research in Education*, 9 (1), 159–177.
- Blanchet, A., Batt, M., Trognon, A. & Masse, L. (2005). *Language and behaviour patterns in a therapeutic interaction sequence*. In: L. Anolli, S. J. Duncan, M. S. Magnusson & G. Riva (Hrsg.), *The hidden structure of interaction – from neurons to culture patterns* (S. 123–139). Amsterdam: IOS Press.
- Boothe, B. (1989). Aspekte der Kommunikation und des Verstehens in der psychoanalytischen Behandlungstechnik. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 39, 422–427.
- Boothe, B. (1993). *Über Psychoanalyse und wahrhaftiges Sprechen*. In: W. Tress & S. Nagel (Hrsg.), *Psychoanalyse und Philosophie: eine Begegnung* (S. 39–57). Heidelberg: Asanger.

- Boothe, B. (1994). *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Boothe, B., Grimmer, B., Luder, M., Luif, V., Neukom, M. & Spiegel, U. (2002). *Manual zur Erzählanalyse JAKOB Version 10/02*. Zürich: Universität Zürich.
- Boothe, B. & Heigl-Evers, A. (1996). *Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung*. Basel: Ruprecht.
- Boothe, B., von Wyl, A. & Wepfer, R. (1998). *Psychisches Leben im Spiegel der Erzählung*. Heidelberg: Asanger.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252–260.
- Bordin, E. S. (1994). *Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions*. In: A. Horvath & L. S. Greenberg (Hrsg.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (S. 13–37). New York: Wiley.
- Brandestini, V. & Hermann, M.-L. (2010). Wie erklären Psychoanalytiker Patienten, was psychoanalytische Psychotherapie ist? *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 12 (1), 43–77.
- Breuer, F. (2010). *Wissenschaftstheoretische Grundlagen qualitativer Methodik in der Psychologie*. In: G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 35–49). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895/2012). *Studien über Hysterie: Fräulein Elisabeth v. R...* *Gesammelte Werke I* (5. unv. Aufl., S. 196–251). Frankfurt am Main: Fischer.
- Brockmann, J., Kirsch, H., Hatcher, R., Andreas, S., Benz, S. & Sammet, I. (2011). Dimensionen der therapeutischen Beziehung aus Patienten-Perspektive – Entwicklung der „Skala Therapeutische Allianz-Revised STA-R“. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 61, 208–215.
- Buchholz, M. B. (2009). Takt in der Konversation. Mit Bemerkungen zu Rücksicht und Respekt, Verletzungen und Rhythmus. *Zeitschrift für Qualitative Forschung*, 1, 129–150.
- Burgess, P. M., Pirkis, J. E., Slade, T. N., Johnston, A. K., Meadows, G. N. & Gunn, J. M. (2009). Service use for mental health problems: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 43, 615–623.
- Busch, F. (1989). The compulsion to repeat in action: A developmental perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 70 (3), 535–544.
- Busch, F. (1995). Do actions speak louder than words? A query into an enigma in analytic theory and technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 61–82.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 497–504.
- Castoriadis, C. (1999). *Die Psychoanalyse: Situation und Grenzen*. Lich: Edition AV.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*. In: R. G. Heimberg (Hrsg.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (S. 69–93). New York: Guilford Press.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L. & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45, 11–27.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Bernert, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess, V., Vilagut, G. & Kessler, R. C. (2009). Perceived need for mental health care and service use among adults in western Europe: Results of the ESEMeD project. *Psychiatric Services*, 60 (8), 1051–1058.

- Coles, M. E. & Coleman, S. L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: Initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety*, 27, 63–71.
- Consortium, T. W. W. M. H. S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of the American Medical Association JAMA*, 291 (21), 2581–2590.
- Corrigan, P. (2005). *On the stigma of mental illness*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Crick, P. (2012). *Consultation and Referral*. In: B. Reith, S. Lagerlöf, P. Crick, M. Möller & E. Skale (Hrsg.), *Initiating psychoanalysis: perspectives* (S. 42–47). London: Routledge.
- Cushman, P. & Gilford, P. (2000). Will managed care change our way of being? *American Psychologist*, 55 (9), 985–996.
- Daly, S. (1978). Behavioural correlates of social anxiety. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 117–120.
- Dantlgraber, J. (2012). *Observations on the subjective indication for psychoanalysis*. In: B. Reith, S. Lagerlöf, P. Crick, M. Möller & E. Skale (Hrsg.), *Initiating psychoanalysis: perspectives* (S. 194–222). London: Routledge.
- Darwin, C. (2009). *The expression of the emotions in man and animals – Introduction, afterword and commentaries by Paul Ekman*. New York: Oxford University Press.
- David, C. (1998). Dans quel esprit aborder le premier entretien? *Revue Francaise de Psychoanalyse*, 62 (1), 87–99.
- de Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A. & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21 (1), 47–57.
- Decety, J. (2009). Dissecting the neural mechanisms mediating empathy. *Emotion Review*, 3 (1), 92–108.
- Dell'Osso, B., Buoli, M., Camuri, G., Vecchi, V. & Altamura, A. C. (2008). Duration of untreated illness (DUI) in Bipolar Disorder: a naturalistic study. *European Neuropsychopharmacology*, 18, 360–361.
- Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counseling*. London: Department of Health Publications.
- Deppermann, A. (2001). *Gespräche analysieren*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. (2016). *Monografie, die*. Retrieved 14. Oktober 2017, from Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften <https://http://www.dwds.de/wb/Monografie>
- Dilling, H., Freyberger, H. J., Cooper, J. E. & WHO, W. (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hogrefe.
- Dimsdale, J. E. (1975). Goals of therapy on psychiatric inpatient units. *Social Psychiatry*, 10, 1–7.
- Dimsdale, J. E., Klerman, G. & Shershow, J. C. (1979). Conflict in treatment goals between patients and staff. *Social Psychiatry*, 14, 1–14.
- Doering, S. (2009). Behandlungsvorbereitung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55 (1), 27–36.
- Doering, S. & Schüssler, G. (2004). *Theorie und Praxis der psychodynamischen Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung*. In: F. Leichsenring (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (Bd. 2, S. 3–32). München: CIP-Medien.
- Donnet, J.-L. & de M'Uzan, M. (2012). *The analytical encounter*. In: B. Reith, S. Lagerlöf, P. Crick, M. Möller & E. Skale (Hrsg.), *Initiating psychoanalysis: perspectives* (S. 123–145.). London: Routledge.

- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26 (2), 146–163.
- Duden online. (2017a). "Anliegen". Retrieved 17. August 2017 <http://www.duden.de/rechtschreibung/Anliegen>
- Duden online. (2017b). "implizit". Retrieved 18. August 2017 <http://www.duden.de/rechtschreibung/implizit>
- Duden online. (2017c). "zensieren". Retrieved 26. Juni 2017 <http://www.duden.de/rechtschreibung/zensieren>
- Dührssen, A. (2011). *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt*. Stuttgart: Schattauer.
- Ebbinghaus, H. (1909). *Abriss der Psychologie*. Leipzig: Veit & Comp.
- Eckstaedt, A. (1996). *Die Kunst des Anfangs: psychoanalytische Erstgespräche*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16 (2), 3–12.
- Eisenthal, S., Koopman, C. & Lare, A. (1983). Process analysis of two dimensions of the negotiated approach in relation to satisfaction in the initial interview. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 171 (1), 49–54.
- Eisenthal, S. & Lazare, A. (1977). Evaluation of the initial interview in a walk-in clinic: The clinician's perspective on a "negotiated approach". *Journal of Nervous & Mental Disease*, 164 (1), 30–35.
- Ekman, P. (1979). *About brows*. In: M. von Chranach, K. Foppa, W. Lepenies & D. Ploog (Hrsg.), *Human Ethology* (S. 163–202). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ekman, P. (1985). *Telling lies*. New York: Norton.
- Ekman, P. (1989). *The argument and evidence about universals in facial expressions of emotion*. In: H. Wagner & A. Manstead (Hrsg.), *Handbook of social psychophysiology* (S. 143–164). London: John Wiley.
- Ekman, P. (2005). *What the face reveals*. Oxford: Oxford University Press.
- Ekman, P. (2009). *Telling Lies*. New York: Norton.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1978). *Manual for the facial action coding system*: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1982a). *EMFACS coder's guide*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1982b). Felt, false, and miserable smiles. *Journal of Nonverbal Behavior*, 6 (4), 238–252.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (2003). *Unmasking the face*. Cambridge: Malor Books.
- Ekman, P., Friesen, W. V. & Hager, J. C. (2002). *Facial Action Coding System – The Manual*. Unveröff. Manual.
- Elliott, K. P., Westmacott, R., Hunsley, J., Rumstein-McKean, O. & Best, M. (2015). The process of seeking psychotherapy and its impact on therapy expectations and experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 399–408.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011). *Empathy*. New York: Oxford University Press.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Faller, H. (1998). Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut*, 43, 8–17.
- Farabee, D. J., Holcom, M. L., Ramsey, S. L. & Cole, S. G. (1993). Social anxiety and speaker gaze in a persuasive atmosphere. *Journal of Research in Personality*, 27, 365–376.

- Fasel, T., Baer, N. & Frick, U. (2010). *Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren*. Obsan Dossier 13. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Ferro, A. (2012). *Consultation, reverie and story-telling*. London: Routledge.
- Flick, U. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 395–407). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U. (2011). *Triangulation*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Symonds, D. (2012). How central is the alliance for psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59 (1), 10–17.
- Fonagy, P. (1998). Moments of change in psychoanalytic theory: Discussion of a new theory of psychic change. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 346–353.
- Fonagy, P. (2005). *Psychoanalytical developmental theory*. In: E. S. Person, A. M. Cooper & G. O. Gabbard (Hrsg.), *Textbook of psychoanalysis* (S. 131–145). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Fonagy, P. & Target, M. (2001). Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 55 (9/10), 961–995.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University Press.
- Freud, A. (1936/1984). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1895/2012). *Studien über Hysterie: Katharina*. In: S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke I* (7. Aufl., S. 184–195). Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Freud, S. (1905/1992). *Kleine Schriften II: Über Psychotherapie*. In: S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke, Bd. V* (9. Aufl., S. 13–26). Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Freud, S. (1909/1920). *Über Psychoanalyse: Fünf Vorlesungen, gehalten zur 20jährigen Gründungsfeier der Clark University in Worcester Mass., September 1909* (5. unv. Aufl.). Leipzig: Franz Deuticke.
- Freud, S. (1912/1996a). *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*. In: S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke, Bd. VIII* (9. Aufl., S. 376–387). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1912/1996b). *Zur Dynamik der Übertragung*. In: S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke, Bd. VIII* (9. Aufl., S. 364–374). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1913). *On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis*. In: J. Strachey (Hrsg.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (S. 122–144). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1913/1996). *Zur Einleitung der Behandlung*. In: S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke VIII* (S. 454–478). Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Freud, S. (1914/1991). *Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten*. In: S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke X* (S. 126–136).
- Freud, S. (1917/1986). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: 28. Die analytische Therapie*. In: S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke XI* (8. Aufl., S. 466–482). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1926). *Nachwort zur "Frage der Laienanalyse"*. In: S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke XIV* (S. 287–296). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1933/1996). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: XXXIV. Vorlesung: Aufklärungen, Anwendungen, Orientierungen*. In: S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke XV* (S. 146–169). Frankfurt am Main: Fischer Verlag.

- Freud, S. (1937/2005). *Die endliche und die unendliche Analyse*. In: S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke XVI* (7. Aufl., S. 59–99). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1938/1993). *Abriss der Psychoanalyse: Die psychoanalytische Technik*. In: S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke, Bd. XVII* (8. Aufl., S. 97–108). Frankfurt am Main: Fischer.
- Friesen, W. V. & Ekman, P. (1984). *EmFACS-7*. Unveröffentlichtes Manual.
- Galinski, A. (2004). *Zweierlei Perspektiven auf Gespräche: Ethnomethodologische Konversationsanalyse und Diskursanalyse im kontrastiven Vergleich*. Universität Duisburg-Essen.
- Garcia, R. (Writer) (2010). In Treatment: Week 1 (Season 3). USA: HBO.
- Garfinkel, H. (1967/2002). *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Gaston, L. & Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the Inventory of Therapeutic Strategies. *Journal of Psychotherapy Research and Practice*, 1, 1–13.
- Gelso, C. J. (2013). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24 (2), 117–131.
- Gelso, C. J. & Bhatia, A. (2012). Crossing theoretical lines: the role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy*, 49, 384–390.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155–243.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41 (3), 296–306.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2016). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie*. [On-line]. Verfügbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-06-16_iK-2016-10-08_WZ.pdf%5B
- Gill, M. M., Newman, R., Redlich, F. C. & Sommers, M. (1954). *The initial interview in psychiatric practice*. New York: International Universities Press.
- Goethe von, J. W. (1821/2014). *Zahme Xenien*. München: C.H.Beck textura.
- Goldberg, J. F. & Ernst, C. L. (2002). Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 985–991.
- Goldfried, M. R. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*, 10 (1), 1–16.
- Goldfried, M. R. (2015). *Commentary to: Consensus in psychotherapy research and practice (2000)*. In: B. Strauss, J. P. Barber & L. G. Castonguay (Hrsg.), *Vision in psychotherapy research and practice* (S. 160–174). New York: Routledge.
- Grande, T. (2000). *Ziele der Psychoanalyse*. In: W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 818–822). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, J. (2002). Psychoanalytic goals, therapeutic action, and the analyst's tension. *The Psychoanalytic Quarterly*, 71 (4), 651–678.
- Greenberg, L. S. (2015). *Commentary to: Research on the process of change (1991)*. In: B. M. Strauss, J. P. Barber & L. G. Castonguay (Hrsg.), *Visions in psychotherapy research and practice* (S. 11–26). New York: Routledge.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155–181.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press.
- Grimmer, B. (2005). *Psychotherapeutisches Handeln zwischen Zumuten und Mut machen*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Grimmer, B. (2014). *Psychodynamische Gesprächskompetenzen in der Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grimshaw, A. D. (1982). Sound-image data records for research on social interaction: some questions answered. *Sociological Methods and Research*, 11 (2), 121–144.
- Gurman, A. S. (1973). Effects of therapist and patient mood on the therapeutic functioning of high- and low-facilitative therapists. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 40 (1), 48–58.
- Hansen, M. S., Fink, P., Frydenberg, M. & Oxhoy, M.-L. (2002). Use of health services, mental illness, and self-rated disability and health in medical inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 64 (4), 668–675.
- Hartkamp, N. (2004). *Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie und ihre Anwendung*. In: F. Leichsenring (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (Bd. 2, S. 63–86). München: CIP-Medien.
- Hartley, D. E. & Strupp, H. H. (1983). *The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy*. In: J. Masling (Hrsg.), *Empirical studies in analytic theories* (S. 1–37). Hillside, NJ: Erlbaum.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J. & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 4, 88–97.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1979). Die Initialphase in der Arbeit mit Gruppen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 14, 105–116.
- Hermann, M.-L. (2009). *Was im Leben zählt: Kreditierung und Selbstkreditierung alter Menschen im lebensgeschichtlichen Interview*. Bern: Lang.
- Hess, U. & Kleck, R. E. (1990). Differentiating emotion elicited and deliberate emotional facial expressions. *European Journal of Social Psychology*, 20 (5), 369–385.
- Hill, C. E. (1984). A personal account of the process of becoming a counseling process researcher. *The Counseling Psychologist*, 12 (3), 99–109.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19 (1), 13–29.
- Hintzpeter, B., Klasen, F., Schön, G., Voss, C., Hölling, H., Ravens-Sieberer, U. & The Bella study group. (2015). Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 705–713.
- Hinz, H. (2002). Wer nicht verwickelt wird, spielt keine Rolle. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 44, 197–223.
- Hodge, M. (20.10.2016). 'CREEPY GRANNY' – Hillary Clinton's 'scary grandma' smile freaks out Twitter users as she smirks through the presidential debate *The Sun*. UK.
- Hoffmann, S. O. (2008). *Psychodynamische Psychotherapie von Angststörungen. Einführung und ein Manual für die kurz- und mittelfristige Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Hohage, R., Klöss, L. & Kächele, H. (1981). Über die diagnostisch-therapeutische Funktion von Erstgesprächen in einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 35 (6), 544–556.
- Horley, K., Williams, L. M., Gonsalvez, C. & Gordon, E. (2003). Social phobics do not see eye to eye: A visual scanpath study of emotional expression processing. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 33–44.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). *The alliance*. In: J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 37–70). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9–16.

- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1986). *Development and validation of the Working Alliance Inventory*. In: L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Hrsg.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (S. 529–556). New York: The Guilford Press.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36 (2), 223–233.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561–573.
- Huber, D., Henrich, G. & von Rad, M. (2000). Über den Nutzen von Beratungsgesprächen einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapie, Psychosomatik, und Medizinische Psychologie*, 50, 147–156.
- Huber, E., Ahrends, L., Plosz, V., Götsch, S., Hausmeister, S. & Bänninger-Huber, E. (2016). *Prototypische Affektive Mikrosequenzen in der Psychotherapie*. In: E. Bänninger-Huber (Hrsg.), *Prozesse der Emotionsregulierung in psychoanalytischen Langzeittherapien* (S. 71–90). Innsbruck: innsbruck university press.
- Inside Hoops. (2017). *Bernie VS Hilary - THE DEBATE "this time, it's for keeps"*. [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.insidehoops.com/forum/showthread.php?t=397550&page=7%5B12.09.2017>
- Jablenski, A., McGrath, J., Herrman, H., Castle, D., Gureje, O., Evans, M., Carr, V., Morgan, V., Korten, A. & Harvey, C. (2000). Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study of Low Prevalence Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 221–236.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304–319.
- Jaffè, R. (2012). *Commentary to Agastino Racalbutto: The Consultation in Psychoanalysis and its 'Location'*. In: B. Reith, S. Lagerlöf, P. Crick, M. Møller & E. Skale (Hrsg.), *Initiating psychoanalysis: perspectives* (S. 243–244). London: Routledge.
- Jensen, J. P., Bergin, A. E. & Greaves, D. W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 124–130.
- Jurich, A. P. & Jurich, J. A. (1974). Correlations among nonverbal expressions of anxiety. *Psychological Reports*, 34, 199–204.
- Kainz, G. (2016). *Zur Videoaufzeichnung von Psychotherapie*. In: E. Bänninger-Huber & S. Monsberger (Hrsg.), *Prozesse der Emotionsregulierung in psychoanalytischen Langzeittherapien*. Innsbruck: innsbruck university press.
- Kantrowitz, J. L., Katz, A. L. & Paolitto, F. (1990). Follow up of psychoanalysis five to ten years after termination: III. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 655–678.
- Keltner, D. & Beer, J. S. (2005). *Self-conscious emotion and self-regulation*. In: A. Tesser, J. V. Wood & D. A. Stapel (Hrsg.), *On building, defending, and regulating the self* (S. 197–216). New York: Psychology Press, Taylor & Francis Group.
- Kernberg, O. F. (1985). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kerz-Rühling, I. (2005). Wie beurteilen Patienten ihre Erfahrung in einer psychoanalytischen Ambulanz? Eine katamnestiche Untersuchung psychoanalytischer Erstinterviews. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 59, 589–610.

- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Üstün, T. B. & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18 (1), 23–33.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, R. C. & Üstün, T. B. (2008). *The WHO World Mental Health surveys. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Kestenberg, E. (2012). *Well, then, anything new? What that 'first' interview can teach us*. In: B. Reith, S. Lagerlöf, P. Crick, M. Möller & E. Skale (Hrsg.), *Initiating psychoanalysis: perspectives* (S. 51–60). London: Routledge.
- Kind, J. (1986). Der Stundenanfang in der analytischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 32 (3), 216–320.
- Kirk, J. & Miller, M. L. (1986). *Reliability and validity in qualitative research*. Beverly Hills: Sage.
- Klauber, J. (1981). *Personal attitudes to psychoanalytic consultation*. In: J. Klauber (Hrsg.), *Difficulties in the analytic encounter* (S. 141–159). New York: Aronson. (Original erschienen: 1972 in P. L. Giovacchini (Hrsg.), *Tactics and Technique in Psychoanalytic Therapy*, 1 (Kapitel 5). USA: Science House Inc.).
- Klüwer, R. (1983). Agieren und Mitagieren. [Acting-out and counter-acting-out.]. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 37 (9), 828–840.
- Knoblauch, H., Schnettler, B. & Raab, J. (2006). *Video-Analysis*. In: H. Knoblauch, B. Schnettler, J. Raab & H.-G. Soeffner (Hrsg.), *Video-Analysis - Methodology and Methods*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Koenig, H. G. & Kuchibhatla, M. (1998). Use of health services by hospitalized medically ill depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 871–877.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C.-C. & Austin, S. B. (2011). *Congruence/Genuineness*. In: J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 187–202). New York: Oxford University Press.
- Komiya, N., Good, G. E. & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (1), 138–143.
- Krause, R. (1997). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd. 1: Grundlagen* (Aufl., Vol. 1). Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (2012). *Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre: Grundlagen und Modelle*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R., Anstadt, T., Merten, J. & Ullrich, B. (1994). *Zweiter Arbeitsbericht zum DFG-Projekt: Multikanale Psychotherapie-Prozess-Forschung (Kr 843-4)*. Saarbrücken: Universität des Saarlandes.
- Krause, R. & Lütolf, P. (1989). Mimische Indikatoren von Übertragungsvorgängen – erste Untersuchungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 55–67.
- Krause, R. & Merten, J. (1996). Affekte, Beziehungsregulierung, Übertragung und Gegenübertragung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 42, 261–280.
- Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis: an introduction to its methodology*. Los Angeles: Sage.
- Künzler, E. & Zimmermann, I. (1965). Zur Eröffnung des Erstinterviews. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 19, 68–79.
- Labov, W. & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.

- Lagerlöf, S. (2012). *A short overview of the development of ideas about 'first interviews' after Freud*. In: B. Reith, S. Lagerlöf, P. Crick, M. Möller & E. Skale (Hrsg.), *Initiating psychoanalysis: perspectives* (S. 35–39). London: Routledge.
- Laimböck, A. (2000). *Das psychoanalytische Erstgespräch*. Tübingen: Edition Diskord.
- Laireiter, A.-R. (2008). *Konzeptuelle Aspekte und Gestaltungsmöglichkeiten der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie*. In: M. Hermer (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 2).
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2011). *Collecting Client Feedback*. New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. & Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 357–361.
- Lambert, M. J., Bock, T., Naber, D., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I., Gumz, A., Degkiwitz, P., Schulte, B., König, H. H., Konnopka, A., Bauer, M., Bechdorf, A., Correll, C., Juckel, G., Klosterkötter, J., Leopold, K., Pfennig, A. & Karow, A. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 81, 614–627.
- Lambert, M. J. & Simon, W. (2008). *The therapeutic relationship: Central and essential in psychotherapy outcome*. In: S. F. Hick & T. Bien (Hrsg.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (S. 19–33). New York, NY: The Guilford Press.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1972). *Das Vokabular der Psychoanalyse* (17. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lausberg, H. & Kryger, M. (2011). Gestisches Verhalten als Indikator therapeutischer Prozesse in der verbalen Psychotherapie: Zur Funktion der Selbstberührungen und zur Repräsentation von Objektbeziehungen in gestischen Darstellungen. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 1 (1), 41–55.
- Leary, M. R. (1983). *Understanding social anxiety: Social, personality, and clinical perspectives*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Leary, M. R., Knight, P. D. & Johnson, K. A. (1987). Social anxiety and dyadic conversation: A verbal response analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5 (1), 34–50.
- Levinson, C. M. & Druss, B. G. (2005). Health beliefs and depression in a group of elderly high utilizers of medical services. *General Hospital Psychiatry*, 27, 97–99.
- Löffler-Stastka, H., Frantal, S. & Jandl-Jager, E. (2010). Überweisungserfolg in Psychotherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen – therapeutische Konsequenzen. *Wiener klinische Wochenschrift*, 122, 165–172.
- Lorenzer, A. (1970). *Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luborsky, L. (1976). *Helping alliances in psychotherapy*. In: J. L. Cleghorn (Hrsg.), *Successful psychotherapy* (S. 92–116). New York: Brunner/Mazel.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., Maske, U. E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W. & Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 289–303.
- Marmar, C., Weiss, D. S. & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 46–52.

- Marziali, E. (1984). Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Archives of General Psychiatry*, 41, 301–305.
- Mathys, H., Arboleda, L., Boucsein, V., Frei, M., Hermann, M.-L., Luder, M., Neukom, M. & Boothe, B. (2013). Alexandra – eine multiperspektivische, qualitative Einzelfallstudie zu Anliegen von PatientInnen im psychodynamischen Erstinterview. *Forum Qualitative Sozialforschung FQS*, 14 (2), 20.
- Mattes, P. & Schraube, E. (2004). "'Oldstream'-Psychologie wird verschwinden wie die Dinosaurier!": Kenneth Gergen im Gespräch mit Peter Mattes und Ernst Schraube. *Journal für Psychologie*, 9 (1), 45–51.
- Mayring, P. (1993). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (2.). Weinheim: Beltz-Psychologie Verlags Union.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mayring, P. & Brunner, E. (2009). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: R. Buber (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung: Konzepte – Methoden – Analysen* (S. 669–680). Wiesbaden: Gabler.
- Melle, I., Johannesen, J. O., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Larsen, T. K., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P. & McGlashan, T. (2006). Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 163, 800–804.
- Melville, H. (1852/1971). *Pierre: or, The Ambiguities*. Evanston & Chicago: Northwestern University Press.
- Mergenthaler, E. (1992). *Die Transkription von Gesprächen*. Ulm: Ulmer Textbank.
- Mertens, W. (2000). *Einführung in die psychoanalytische Therapie* (3. überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (2004). *Psychoanalyse – Geschichte und Methoden*. München: C. H. Beck.
- Mertens, W. (2014). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Messer, S. B. (2012). Book review: The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change. *Psychotherapy Research*, 22 (3), 363–365.
- Mockunaite, E. (2011). *Das Anliegen in psychotherapeutischen Abklärungsgesprächen. Eine Inhaltsanalyse am Fall Alexandra*. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Universität Zürich.
- Møller, M., Lagerlöf, S. & Reith, B. (2012). *General introduction*. In: B. Reith, S. Lagerlöf, P. Crick, M. Møller & E. Skale (Hrsg.), *Initiating psychoanalysis: perspectives* (S. 1–9). London: Routledge.
- Nahum, J. P. (2002). Explicating the implicit: the local level and the microprocess of change in the analytic. *International Journal of Psycho-Analysis*, 83, 1051–1062.
- Neukom, M., Grimmer, B. & Merk, A. (2011). *Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie*. In: M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 456–475). Bern: Huber.
- Neumann, A., Roediger, E., Laireiter, A.-R. & Kus, C. (2013). *Schematherapeutisch basierte Supervision*. Göttingen: Hogrefe.
- Nietzsche, F. (1881/1964). *Morgenröte: Gedanken über die moralischen Vorurteile*. Stuttgart: Kröner.
- Noble, L. M., Douglas, B. C. & Newman, S. P. (1999). What do patients want and do we want to know? A review of patients' requests of psychiatric services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 321–327.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford: University Press.

- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M. & Prochaska, J. O. (2011). *Stages of change*. In: J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (2. Aufl., S. 279–300). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011a). *Evidence-based therapy relationships*. In: J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. Aufl., S. 3–21). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011b). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48 (1), 4–8.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011a). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48 (1), 98–102.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011b). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (2), 127–132.
- Nothdurft, W. (1984). "... äh folgendes Problem äh...": Die interaktive Ausarbeitung "des Problems" in Beratungsgesprächen. Tübingen: Gunter Narr.
- Nutt Williams, E. (2008). A psychotherapy researcher's perspective on therapist self-awareness and self-focused attention after a decade of research. *Psychotherapy Research*, 18 (2), 139–146.
- Ogden, T. H. (1992). Comments on transference and countertransference in the initial analytic meeting. *Psychoanalytic Inquiry*, 12 (2), 225–247.
- Paul, G. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109–118.
- Pauza, E. (2012). *Psychotherapieausbildungsforschung – Veränderungen von Persönlichkeit, Beziehungserleben und emotionalen Kompetenzen während der Ausbildung*. Kassel: university press.
- Pearson, S. D., Katzelnick, D. J., Simon, G. E., Manning, W. G., Helstad, C. P. & Henk, H. J. (1999). Depression among high utilizers of medical care. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 461–468.
- Pederson, E. L. & Vogel, D. L. (2007). Male gender role conflict and willingness to seek counseling: Testing a mediation model on college-aged men. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (4), 373–384.
- Peräkylä, A. (2008). *Conversation analysis and psychoanalysis: Interpretation, affect and intersubjectivity*. In: A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Hrsg.), *Conversation analysis and psychotherapy* (S. 100–119). Cambridge: Cambridge University Press.
- Peräkylä, A. (2013). *Conversation analysis in psychotherapy*. In: T. Stivers & J. Sidnell (Hrsg.), *The handbook of conversation analysis* (S. 551–574). Oxford: Blackwell.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S. & Leudar, I. (2008a). *Analysing psychotherapy in practice*. In: A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Hrsg.), *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S. & Leudar, I. (2008b). *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pill, R., Prior, L. & Wood, F. (2001). Lay attitudes to professional consultations for common mental disorder: a sociological perspective. *British Medical Bulletin*, 57, 207–219.
- Piper, W. E. (2015). *Commentary to: Collaboration in the new millennium (2001)*. In: B. M. Strauss, J. P. Barber & L. G. Castonguay (Hrsg.), *Visions in psychotherapy research and practice* (S. 184–187). New York: Routledge.
- Polak, P. (1970). Patterns of discord: Goals of patients, therapists and community members. *Archives of General Psychiatry*, 23, 277–283.

- Potter-Efron, P. & Potter-Efron, R. T. (1992). *Schamgefühle verstehen und überwinden*. München: Heyne.
- Prior, L., Wood, F., Lewis, G. & Pill, R. (2003). Stigma revisited, disclosure of emotional problems in primary care consultations in Wales. *Social Science & Medicine*, 56, 2191–2200.
- Prochaska, J. O. (2007). *Stages of Change – Phasen der Verhaltensänderung, Bereitschaft und Motivation*. In: J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 118–132). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Quinodoz, D. (2003). Wie weckt man den Wunsch nach einer Analyse bei einem Patienten, der nicht weiss, was Analyse ist? *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis*, 18 (1), 33–50.
- Rae, J. (2008). *Lexical substitution as a therapeutic resource*. In: A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Hrsg.), *Analysing psychotherapy in practice* (S. 62–79). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rasting, M. (2008). *Mimik in der Psychotherapie – die Bedeutung der mimischen Interaktion im Erstgespräch für den Therapieerfolg*. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Reichert, S. (2013). *Jenseits der Leistungsüberprüfung – Diskussionspapier zur Suche nach einem neuen Umgang mit Qualitätssicherung an Hochschulen*. In: Schweizer Wissenschafts- und Technologierat (Hrsg.), *SWTR Schrift 3/2013: Leistungsmessung und Qualitätssicherung in der Wissenschaft*. Bern: Schweizer Wissenschafts- und Technologierat.
- Reith, B., Lagerlöf, S., Crick, P., Möller, M. & Skale, E. (2012). *Initiating psychoanalysis: perspectives*. London: Routledge.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P. & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187 (7), 35–39.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H.-U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. A., Sartorius, N. & Towle, L. H. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069–1077.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1981/2007). *Der neue Mensch* (8.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J. & Truax, C. B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rothstein, A. (1994). A perspective on doing a consultation and making the recommendation of analysis to a prospective analysand. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 680–695.
- Roughton, R. E. (1993). Useful aspects of acting out: repetition, enactment, and actualization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 443–472.
- Rudolf, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Sacks, H. (1992). *Harvey Sacks – Lectures in conversation* (Aufl., Vol. 2). Oxford: Blackwell.
- Sacks, H., Jefferson, G. & Schegloff, E. A. (1998). *Lectures on conversation*. Oxford: Blackwell.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447–458.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press; US.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (3), 286–291.

- Safran, J. D., Muran, J. C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48 (1), 80–87.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2002). *Repairing alliance ruptures*. In: J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (S. 235–255). New York: Oxford University Press.
- Sapyta, J., Riemer, M. & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 145–153.
- Sartorius, N. & Schulze, H. (2005). *Reducing the stigma of mental illness. A report from a global association*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sass, H. (2003). *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Bern: Hogrefe.
- Savageau, J. A., McLoughlin, M., Ursan, A., Bai, Y., Collins, M. & Cashman, S. B. (2006). Characteristics of frequent attenders at a community health center. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19, 265–275.
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schmitz, N. & Kruse, J. (2002). The relationship between mental disorders and medical service utilization in a representative community sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 380–386.
- Schneider, G. & Bursy, D. (1994). Die therapeutische Weitervermittlung von Patient/innen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 40, 128–154.
- Schneier, F. R., Rodebaugh, T. L., Blanco, C., Lewin, H. & Liebowitz, M. R. (2011). Fear and avoidance of eye contact in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 81–87.
- Schomerus, G. (2009). Steine auf dem Weg – Stigma und Hilfesuchverhalten. *Psychiatrische Praxis*, 36, 53–54.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung* 15 (1), Art. 18.
- Schüle, J. A. & Haubl, R. (2016). *Psychoanalyse und Gesellschaftswissenschaften*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Schweickhardt, A., Leta, R. & Bauer, J. (2005). Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Psychotherapiemotivation während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. *Psychotherapie, Psychosomatik, und Medizinische Psychologie*, 55, 378–385.
- Selting, M., Auer, P., Barth-Weingarten, D., Bergmann, J., Bergmann, P., Birkner, K., Couper-Kuhlen, E., Deppermann, A., Gilles, P., Günthner, S., Hartung, M., Kern, F., Mertzluft, C., Meyer, C., Morek, M., Oberzaucher, F., Peters, J., Quasthoff, U., Schütte, W., Stukenbrock, A. & Uhlmann, S. (2009). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 10 (353–402).
- Shalom, J. G., Israeli, H., Markovitzky, O. & Lipsitz, J. D. (2015). Social anxiety and physiological arousal during computer mediated vs. face to face communication. *Computers in Human Behavior*, 44, 202–208.
- Shelley, M. (1831/2012). *Frankenstein*. Philadelphia, PA: RP Classics.
- Slade, T., Johnston, A., Oakley Brown, M. A., Andrews, G. & Whiteford, H. (2009). 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 594–605.
- Smith, J. A., Harré, R. & Van Langehove, L. (1995). *Rethinking methods in psychology*. London: Sage.
- Sottas, B., Brügger, S. & Jaquier, A. (2014). *Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen im Auftrag des Bundesamtes für*

Gesundheit (BAG). [On-line]. Verfügbar unter: http://www.formative-works.ch/content/files/Schlussbericht_Ungleichheit.pdf%5B

Steimer-Krause, E. (1996). *Übertragung, Affekt und Beziehung*. Bern: Peter Lang.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychiatry*. New York: Basic Books.

Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W. & Tronick, E. Z. (2001). Die Rolle des impliziten Wissens bei der therapeutischen Veränderung. *Psychotherapie, Psychosomatik, und Medizinische Psychologie*, 51, 147–152.

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweiler-Stern, N. & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903–1006.

Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21 (4), 367–384.

Stiles, W. B. (2015). *Signs and voices in psychotherapy*. In: B. Strauss, J. P. Barber & L. G. Castonguay (Hrsg.), *Visions in psychotherapy research and practice* (S. 140–159). New York: Routledge.

Stone, L. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 567–594.

Stone, M. & Oh, I. (2008). *Modeling facial expression of uncertainty in conversational animation*. In: I. Wachsmuth & G. Knoblich (Hrsg.), *Modeling communication with robots and virtual humans* (S. 57–76). Berlin: Springer.

Strauss, B., Kaczmarek, S. & Freyberger, H. J. (2015). *Traumatische Nebenwirkungen der Psychotherapie*. In: G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 411–421). Stuttgart: Klett-Cotta.

Streeck, U. (1999). Konversationsanalyse und 'das Gespräch, in dem die psychoanalytische Behandlung besteht'. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 45 (1), 77–91.

Streeck, U. (2000). *Macht und Abhängigkeit in therapeutischen Beziehungen*. In: P. Buchheim & M. Cierpka (Hrsg.), *Lindauer Texte* (S. 1–16). Berlin: Springer.

Streeck, U. (2002). Handeln im Angesicht des Anderen. Über nicht-sprachliche Kommunikation in therapeutischen Dialogen. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 56, 247–274.

Streeck, U. (2004). *Auf den ersten Blick*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Streeck, U. (2006). *Erzählen und Interaktion. Auf dem Weg zu einer Mikroethnographie von Psychotherapie*. In: V. Luif, G. Thoma & B. Boothe (Hrsg.), *Beschreiben – Erschliessen – Erläutern. Psychotherapieforschung als qualitative Wissenschaft* (S. 173–182). Lengerich: Pabst Science Publ.

Streeck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Streeck, U. (2009). *Gestik und die therapeutische Beziehung. Über nichtsprachliches Verhalten in der Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Strupp, H. H. (1996). Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut*, 41, 84–87.

Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy* (4th print.). New York, N.Y.: Basic Books.

Stubbs, M. (1983). *Discourse Analysis: The Sociolinguistic Analysis of Natural Language*. Oxford: Blackwell.

- Stucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und motivorientierte Beziehungsgestaltung. *Psychotherapeut*, 52, 16–23.
- TarmedSuisse. (2008). *Tarmed Version 01.05.00*. [On-line]. Verfügbar unter: <https://secure.sbap.ch/fachrichtungen/pdf/delegiert/PT-Tarmed-Verrechnung2008.pdf>
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006a). *Psychoanalytische Therapie - Band 1: Grundlagen* (3. Aufl., Vol. 1). Heidelberg: Springer.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006b). *Psychoanalytische Therapie - Band 3: Forschung* (3., überarb. und aktualisierte Aufl. Aufl., Vol. 3). Heidelberg: Springer.
- Thompson, A., Hunt, C. & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 810–817.
- Thompson, H. & Zimmermann, R. (1969). Goals of counseling: Whose? When? *Journal of Counseling Psychology*, 16, 121–125.
- Thornicroft, G. (2006a). *Actions speak louder: Tackling discrimination against people with mental illness*. London: Mental Health Foundation.
- Thornicroft, G. (2006b). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17 (1), 14–19.
- Thornicroft, G. (2012). No time to lose: onset and treatment delay for mental disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21 (1), 59–61.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190, 192–193.
- Tian, Y.-l., Kanade, T. & Cohn, J. F. (2001). Recognizing Action Units for facial expression analysis. *IEEE transactions on pattern analysis and machine intelligence*, 23 (2), 97–115.
- Tichenor, W. & Hill, C. E. (1991). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy*, 26, 195–199.
- Tiedemann, J. (2007). *Die intersubjektive Natur der Scham*. Unveröff. Dissertation, Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie.
- Tola, E., Metzenthin, P. & Mischke, C. (2015). Das Hilfe(auf)suchen bei psychischen Gesundheitsproblemen aus der Betroffenenperspektive – Eine qualitative Studie. *International Journal of Health Professions*, 2 (2), 107–118.
- Tracey, T. J. & Ray, P. B. (1984). Stages of successful time-limited counseling: An interactional examination. *Journal of Counseling Psychology*, 31 (1), 13–27.
- Tuma, R., Schnettler, B. & Knoblauch, H. (2013). *Videographie – Einführung in die interpretative Videoanalyse sozialer Situationen*. Wiesbaden: Springer.
- Vehviläinen, S. (1999). *Structures of counselling interaction. A conversation analytic study of counselling encounters in career guidance training*. Unveröff. Dissertation, University of Helsinki, Department of Education.
- Vehviläinen, S. (2003). Preparing and delivering interpretations in psychoanalytic interaction. *Text*, 23, 573–606.
- Vehviläinen, S. (2008). *Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction*. In: A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Hrsg.), *Analysing psychotherapy in practice* (S. 120–138). Cambridge: Cambridge University Press.
- Vehviläinen, S., Peräkylä, A., Antaki, C. & Leudar, I. (2008). *A review of conversational practices in psychotherapy*. In: A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Hrsg.), *Conversation analysis and psychotherapy* (S. 188–197). Cambridge: Cambridge University Press.
- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H. & Hubbard, A. (2011). “Boys don’t cry”: Examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma,

- and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of Counseling Psychology*, 58 (3), 368–382.
- Vogel, D. L., Wester, S. R. & Larson, L. M. (2007). Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling & Development*, 85, 410–422.
- Voloshinov, V. N. (1986). *Mind and society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Voutilainen, L. & Peräkylä, A. (2016). *Interactional practices of psychotherapy*. In: M. O'Reilly (Hrsg.), *The Palgrave handbook of adult mental health* (S. 540–557). London: Palgrave MacMillan.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S. & Wells, E. J. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370, 841–850.
- Wang, P. S., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Brown, M. A., Ormel, J. H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.-E., Chatterji, S. & Üstün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 177–185.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1967/2011). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.
- Wegner, P. (1992). Zur Bedeutung der Gegenübertragung im psychoanalytischen Erstinterview. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 46 (3), 286–307.
- Wegner, P. (2014). *Erstinterview*. In: W. Mertens (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (4., überarb. und erw. Aufl. Aufl., S. 229–234). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Weiss, J. & Sampson, H. (1986). *The psychoanalytic process theory, clinical observations, and empirical research*. New York: Guilford.
- Whiteford, H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. L. & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382, 1575–1586.
- Widmer, U. (1994). *Der blaue Siphon*. Zürich: Diogenes.
- Wieser, M. J., Pauli, P., Alpers, G. W. & Mühlberger, A. (2009). Is eye to eye contact really threatening and avoided in social anxiety? An eye-tracking and psychophysiology study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (1), 93–103.
- Wilke, S. (1992). *Die erste Begegnung: Eine konversations- und inhaltsanalytische Untersuchung der Interaktion im psychoanalytischen Erstgespräch*. Heidelberg: Asanger.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357–376.
- Wurmser, L. (1998). *Die Maske der Scham – die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*. Berlin: Springer.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Publications.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts on transference. *Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369–376.

Zetzel, E. (1968). The so called good hysteric. *The Journal of Psycho-Analysis*, 49, 256–260.

Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P., Bensing, J. M. & Verhulst, F. C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (6), 692–700.

Appendices

Appendix A: Transkriptionszeichen nach Mergenthaler (1992)

Hervorhebung, Dehnung

- ! Wortformen, die vom Sprecher durch deutliche Betonung hervorgehoben sind, werden durch ein nachgestelltes Ausrufezeichen gekennzeichnet.
- : Dehnt der Sprecher eine Wortform auffällig, dann wird ein Doppelpunkt nachgestellt.

Satzzeichen

- . Abgeschlossener Gedanke, meist auf dem Grundton endende Stimmführung
- , kurzes Zögern, Gedanke wird jedoch fortgesetzt
- ; Abgebrochener Gedanke, gefolgt von einem anderen Gedanken
- ? Fragen und steigend/hoch endende Stimmführung

Gleichzeitigkeit

- +hm Erster Sprecher
- hm+ Unterbrecher

Wortabbrüche

- merkwü- Ein nicht zu Ende gesprochenes Wort wird durch einen unmittelbar vorgestellten Bindestrich gekennzeichnet.

Unverständliche Redeteile

- // Für jedes unverständliche Wort wird ein Schrägstrich in das Transkript aufgenommen.
- /(?:) Der vermutete Wortlaut wird in einem mit Fragezeichen und Doppelpunkt versehenen Kommentar eingefügt

Sprechpausen

-	2 Sekunden Pause
- -	5 Sekunden Pause
- - -	10 Sekunden Pause
- - - -	15 Sekunden Pause
(38s)	Pausen können auch präziser in Klammern ausgedrückt werden.

Interjektionen

hm	Bestätigung
hmhm	Bestätigung
hm?	Frage
hmhm-	Verneinung

Kommentar

(lacht leise) Nicht verbale Äusserungen werden in runde Klammern eingeschlossen.

Darstellung der Hörersignale im Fliesstext

Hörersignale derjenigen Partei, die nicht das Rederecht innehat, werden in Klammern und kursiv gesetzt. Bsp: (*hm*), (*ja*)

Appendix B: Begriffe aus FACS sowie wichtige Action Units(-Kombinationen)

AU Action Unit (Bewegungseinheit der mimischen Muskulatur)

A/B/C/D/E Intensität der Action Unit:

A = angedeutet, an der Wahrnehmungsgrenze (*trace*)

B = gut sichtbar (*slight*)

C = deutlich sichtbar (*marked/pronounced*)

D = ausgeprägt (*severe/extreme*)

E = im physiologischen Höchstmass (*maximum*)

R/L Rechts/Links (z. B. L20B: Action Unit 20 wird in der linken Gesichtshälfte in einer B-Intensität gezeigt)




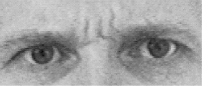


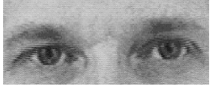








<i>NEUTRAL</i>	AU 1	AU 2	AU 4	AU 5
				
Eyes, brow, and cheek are relaxed.	Inner portion of the brows is raised.	Outer portion of the brows is raised.	Brows lowered and drawn together	Upper eyelids are raised.
AU 6	AU 7	AU 1+2	AU 1+4	AU 4+5
				
Cheeks are raised.	Lower eyelids are raised.	Inner and outer portions of the brows are raised.	Medial portion of the brows is raised and pulled together.	Brows lowered and drawn together and upper eyelids are raised.
AU 1+2+4	AU 1+2+5	AU 1+6	AU 6+7	AU 1+2+5+6+7
				
Brows are pulled together and upward.	Brows and upper eyelids are raised.	Inner portion of brows and cheeks are raised.	Lower eyelids and cheeks are raised.	Brows, eyelids, and cheeks are raised.

Abbildung 12: Action Units der oberen Gesichtshälfte und die wichtigsten Kombinationen (Tian et al., 2001, S. 98)























NEUTRAL	AU 9	AU 10	AU 12	AU 20
				
Lips relaxed and closed.	The infraorbital triangle and center of the upper lip are pulled upwards. Nasal root wrinkling is present.	The infraorbital triangle is pushed upwards. Upper lip is raised. Causes angular bend in shape of upper lip. Nasal root wrinkle is absent.	Lip corners are pulled obliquely.	The lips and the lower portion of the nasolabial furrow are pulled pulled back laterally. The mouth is elongated.
AU15	AU 17	AU 25	AU 26	AU 27
				
The corners of the lips are pulled down.	The chin boss is pushed upwards.	Lips are relaxed and parted.	Lips are relaxed and parted; mandible is lowered.	Mouth stretched open and the mandible pulled downwards.
AU 23+24	AU 9+17	AU9+25	AU9+17+23+24	AU10+17
				
Lips tightened, narrowed, and pressed together.				
AU 10+25	AU 10+15+17	AU 12+25	AU12+26	AU 15+17
				
AU 17+23+24	AU 20+25			
				

Abbildung 13: *Action Units* der unteren Gesichtshälfte und die wichtigsten Kombinationen (Tian et al., 2001, S. 99)

Weitere Action Units

AU 13 sharp lip puller: *Chaplin smile*



AU 14 Einziehen der Mundwinkel (dimpler);



AU L14 verächtliches Lächeln (*contempt smile*)



AU 69 Augenposition ist auf den Gesprächspartner fixiert

M69 Augenbewegung (oder Auge + Kopf), um den Gesprächspartner anzublicken

AU 82 Schulterzucken

AU 84 Kopfschütteln

AU 85 Nicken

Appendix C: Mimische Referenzen und Interpretationen der *Action*

Units

Adaptoren	Beruhigungsgesten; siehe Kapitel 12.4.1
blends	zwei Basisemotionen werden gleichzeitig gezeigt (Kap. 12.4.2)
Chaplin smile	s.o. AU 13
contempt smile	Ein Lächeln wird als Ausdruck von Verachtung eingesetzt, wobei oft zusätzlich ein Mundwinkel (Asymmetrie!) zusammengekniffen wird: AU 14 oder AU14 unilateral (Ekman, 1985; zit. nach Bänninger-Huber, 1996, S. 78)
dampened smile	AU 6+12(+14 oder 15 oder 17 oder 24). Lächeln mit der Funktion, den Ausdruck einer positiven Emotion und damit möglicherweise auch das emotionale Erleben zu dämpfen (ebd., S. 85).
Duchenne smile	echtes Lächeln (<i>felt smile</i>): AU 6+12 (Ekman, 1989)
embarrassment smile	Freude und Scham werden in einem Lächeln gezeigt, indem das Lächeln kurzfristig von einem Heraufschieben der Lippe (AU 17) begleitet und der Blick abgewendet wird
facial shrug	Der facial shrug ('mimisches Schulterzucken') ist ein Emblem (körpersprachlicher Ausdruck), das sinnhaft für den Ausdruck von Unkenntnis eingesetzt wird. Geformt wird dieser Ausdruck «by pressing the lips together and raising the chin, arching the upper lip and allowing the lower lip to bulge outward (Stone, M. & Oh, 2008, S. 67). In FACS-Kodierung ausgedrückt, lautet dies: AU (1+2 oder 4+7+)15+17 (Bitti et al., 2014)
Illustratoren	redebegleitende Gesten zur Verdeutlichung des Gesprochenen (Kap. 12.4.1)
listener response smile	mimisches Hörsignal: AU 12, zumeist asymmetrisch, oft mit Kopfnicken (Bänninger-Huber, 1996, S. 85)
masks	Maskierung einer Emotion durch eine andere (Kap. 12.4.2), oftmals durch ein starkes Anheben der Mundwinkel (AU 12)
micro expression	mimische Innervationen, die sich nur für Sekundenbruchteile (40 bis 500msek) zeigen (Kap. 12.4.2)

miserable smile	willkürliches Lächeln, das keine positive Emotion vortäuscht (Bänninger-Huber, 1996, S. 89): «Es signalisiert dem Interaktionspartner: 'Ich nehme mich zusammen'. 'Ich bin unglücklich, werde jedoch nicht weinen'» (S. 89). Ekman und Friesen beschreiben dies folgendermassen: «...the miserable smile acknowledges feeling unhappy, making clear to the self and to others that the misery is, at least for the moment, contained» (1982b, S. 248; zit. nach Bänninger-Huber, 1996, S. 89).
PAM	Prototypische Affektive Mikrosequenz (Kap. 12.4.4)
phoney smile	'Höflichkeitslächeln': «Mit einem phoney smile täuscht ein Sender vor, dass er eine positive Emotion erlebt, während er "in Wirklichkeit" wenig oder nichts erlebt» (Bänninger-Huber, 1996, S. 86): AU (6 oder 7)+12 (kürzer 2/3 Sek. oder länger als 4 Sek.) (ebd., S. 85)
smile control	mimische Innervationen, die dem sich im Entstehen befindenden Lächeln entgegenwirken und/oder es verdecken (Kap. 16.4.3)

Appendix D: FACS-Auswertungen

Prototypische Affektive Mikrosequenzen (PAM) im Erstgespräch 'Alexandra'

Textstelle				PAM	
Anfangsphase: 1x von Patientin initiiert, 1x vom Therapeuten initiiert					
Z 14f.: P/ ja das, Tonband finde ich nicht so schlimm, Video finde ich <u>unangenehmer</u> . (Duchenne smile+69+Lachen) T/ ja (Duchenne smile+69)				gelingend	
PAM von T initiiert! Z 59: T/ ja! das ist immer etwas technisch +vorweg (Duchenne smile) P/ (Duchenne smile)+ T/ aber das ist, (beide: Duchenne smile +Lachen) manchmal etwas unangenehm. P/ speziell. ja.				gelingend	
Arbeitsphase					
	Initiiert von Patientin:		Reaktion Therapeut	PAM	plusminus
Z 101ff.	ähm: was noch dazu- kommt äh ich bin an der Schauspielschu- le? (ja.) und ähm -	ist nicht so eine einfa- che Ausbildung.	ja - was ist, woran denken ie, wenn sie saen es ist nicht einfach. also was, was mei- nen sie mit	plus-minus	
mFACS, AUs	Trauer (1+4 6+11+17)	Mask: Angst + Duchenne Smile + Blick hin zu T (1C+ B+4B+ B+M69, dann 6C+12C+85+ Lachen)	Blick: hin kurze Angstinnervation (7B+L20B), danach Ekel + Freude (mask) + Blick zu P (6B+7B+12B+10B+69) P: Duchenne smile (das echte Lächeln wird erwidert)		
Z 106ff.: P/ man braucht so einen gewissen: Exhibitionismus.der mir manchmal <u>fehlt</u> (Verachtung: L6C+L10A) glaub (danach blend von Duchenne smile + Trauer: 6B+7B+11B+12C+15B+17B+69+Lachen)				nicht gelingend	
Z 113: P/ und es ist <u>irgendwie</u> (Verachtung: L7E+L10C) so eine hassliebe, (blend von Duchenne smile und Är- ger: 6B+7B+12B+17B+24B+69) T: ja ja. (6A+12B+69) (P: dann Blick weg: 6B+7B+12C+17D+25B+LachendurchNase, und T: 10B, aber das sieht sie nicht mehr) PRAKTISCH SYNCHRONES LÄCHELN				gelingend	

<p>Z 142:</p> <p>P/ ist man <u>genug</u> (Angst: 1C+2C+5A+L6C+L7C) <u>gut?</u> (zuerst 1C+2C+M69, dann mask aus Ekel und Lächeln 10B+12B) schauen einem die leute gerne zu <u>oder ist man peinlich auf der Bühne</u> (mask Trauer + Duchenne smile:1C+4B+6B+7B+12C+69+Lachen)</p>	nicht gelingend.
<p>Z152f.:</p> <p>P/ und wenn man ja den //(?:nicht bekommt) irgendwie, das Gefühl man ist das Hinter<u>letzte und</u> (Blend Ärger und Lachen: 5B+13C+17B+22C+25B+69) <u>man ist einfach schlecht</u> (Blend aus Ärger und Lächeln, Smile control, amusement smile: 5A+7A+12B+13A+17B+69) und <u>+peinlich</u> (6B+7B+12C+69+Lachen).</p>	nicht gelingend
<p>Z 161ff.:</p> <p>P/ und dass es dann zum Teil auch, wirklich wie eine Sucht wird. also <u>habe ich so das Gefühl</u> (phoney smile: 7C+12C+69)</p>	nicht gelingend
<p>Z 181:</p> <p>P/ eigentlich nur <u>angst</u> (5A+18C+69+Illustrator) <u>davor.</u> (Blend Ekel+Lachen: 7B+10B+12B+17B+24B+54+69+Lachen)</p> <p>T/ vor <u>dieser abschlussprüfung</u> (Ekel: 6B+10C+85) im <u>wesentlichen</u> (Blend aus Ekel+Angst: 6A+10C+20B)</p> <p>--> Spiegelung (auch der verbalisierten) der Affekte?</p>	nicht gelingend
<p>Z 194ff.</p> <p>P/ kein Tag, der einfach mal so <u>ein wenig, gleichmässig</u> (6B+12C+69+Illustrator+Lachen) <u>läuft.</u></p> <p>T/ <u>ja</u> (danach 1B+4B: angespannt)</p> <p>P/ (L7B) und einfach <u>so</u> (Ärger: 4C+L6D+7C) lustlos halt und, <u>oft</u> (Ärger: L7D+L14C+17B+24B) einfach sehr matt.</p> <p>T/ hm</p> <p>P/ <u>und irgendwie nicht mehr fähig wirklich</u> (Blend aus Ärger und Ekel: 4C+7D+9C+84) zu geniessen. (danach Blend aus Ärger + Lächeln: 14B+17B+24B+M69)</p> <p>T/ (Trauer bzw. empathisch besorgt: 1B+2B+4A+69)</p>	nicht gelingend
<p>Z 229:</p> <p>P/ ich //(?:kann nicht) einfach so am Laufband kreativ (Duchenne-Lächeln: 6B+7B+12C+M69) sein</p> <p>T/ hm hm (danach, wenn P wegschaut: Blend aus 6B+10A+12B+17B+23B)</p>	nicht gelingend
<p>Z 232:</p> <p>P/ das ist irgendwie, ja <u>das</u> (7A) g- das geht irgendwie nicht. (danach Mask von Ärger und Lächeln: 4C+7B+12C+15B+17B+23B+M69)</p> <p>T/ hm <u>hm</u> (6A+12AB+69) --> Da schaut sie zwar schon wieder weg, aber aus den Augenwinkeln. Und nachher ist sie ganz genuin/authentisch und kann über schwierige Dinge sprechen.</p>	gelingend
<p>Z 244ff.:</p> <p>P/ ich, brauche irgendwie noch etwas nebendran und dann ist es meistens auch schwierig <u>irgendwie, das nebeneinander irgendwie zu vereinen?</u> (Dampened smile : Blend zw. Ärger und Lachen (7A+12B+17A+24A+39C+M69)</p>	nicht gelingend

<p>Z 256ff.:</p> <p>P/ und dann wieder, wieder in diese, Theaterwelt hineinzutauchen und, also es ist ja, es ist einfach - - ja es <u>ist so etwas</u> (Ärger 4C+5B+7C) anderes. (Blend/smile control aus Ärger und Lächeln: 6B+12B+17B+24B+M69)</p> <p>T/ hm und fühlen sie sich dann selber da zerrissen?</p>	nicht gelingend
<p>Z 271ff.:</p> <p>P/ und wenn ich dann irgendwie wieder andere Leute treffe, die überhaupt nichts mit dem zu tun haben, die irgendwie, einen Bürojob machen und ihre fünftausend Franken <u>verdienen im +Monat</u>, (6A+12B+M69 +zittrige Stimme)</p> <p>T/ hm+ (1B+2B+69+85)</p> <p>P/ habe irgendwie so das Gefühl 'ja pf: - eigentlich wäre es das doch' <u>+also, (phoney smile: 7C+12C+M69+Lachen)</u></p> <p>T/ <u>hm+</u> (Blend aus Ärger und phoney smile: 12B+17A+23A+69+85)</p> <p>P/ es wäre einfacher. (phoney smile: 7B+12C+M69)</p> <p>T/ ja. - ja. -</p>	1. <i>plusmi-</i> <i>nus</i> 2. nicht gelingend
<p>Z 327:</p> <p>P/ ja. das ist halt eigentlich das Absurde <u>also</u>. (6C+12C+M69+Lachen)</p> <p>T/ ja. (20B)</p>	nicht gelingend
<p>Z 341ff.:</p> <p>P/ aber es ist wie: es, ja es ist komisch es n- es nützt mir so nichts also. (Mask Freude + Trauer 6C+12C+17C+39+Blick+Lachen durch die Nase)</p> <p>T/ hm ja</p>	nicht gelingend
<p>Z 352ff.:</p> <p>P/ und nachher, ja ist so dieser, Energiepuffer wieder aufgebraucht. (6C+12C+M69)</p> <p>T/ hm - +und die</p>	nicht gelingend
<p>Z 393ff.:</p> <p>P/ man weiss es eigentlich dass, dass <u>die Schule hart ist und dass es ein harter Beruf ist</u> (1C+2C) aber das, überlegt man sich dann nicht bevor man die Ausbildung <u>an-</u> also <u>man findet</u> (7+12+M69) dann einfach ja probieren.</p> <p>T/ (12B+69+85) <u>hm</u></p>	participa- tion
<p>Z 406ff.:</p> <p>P/ also es wird halt dann einfach <u>Arbeit</u>. (17A+24A+69) +es</p> <p>T/ ja.+</p> <p>P/ <u>ist dann halt nicht mehr</u>, (6B+12B+39C+69)</p> <p>T/ ja. (1A+2A)</p> <p>P/ <u>Freizeitbeschäftigung</u>. (6B+7B+12C+69)</p> <p>T/ ja.</p>	nicht gelingend
<p>Z 436ff.:</p> <p>P/ also <u>vor einer Woche</u> (4C+7B) habe ich einfach ein extremes Tief gehabt,</p> <p>T/ ja</p> <p>P/ wo ich einfach gefunden habe, jetzt mag ich irgendwie nicht mehr. (danach blend, smile control aus Lächeln und Trauer = miserable smile: 12B+15B+17B+69+84+LachendurchdieNase)</p>	nicht gelingend

<p>Z 445ff.:</p> <p>P/ weil sonst müssen immer meine <u>Mitmenschen helfen und</u> (Blend aus Trauer und Lächeln = Miserable smile: 1B+2B+4A+7C+12C+M69)</p> <p>T/ hm</p> <p>P/ das kann ich denen auch nicht antun.</p>	nicht gelingend
<p>Z 451:</p> <p>P/ ja: äh pf:+ eigentlich eher Nervenzusammenbrüche. (12B+M69)</p>	nicht gelingend
<p>Z 483f.:</p> <p>P/ und nachher eben einfach gedämpft und matt und, so wie <u>krank</u> (Ekel: 6C+7C+9C) halt. (12B+17B+69+84)</p> <p>T/ ja (später, da kuckt P schon wieder weg, L20C)</p>	nicht gelingend
<p>Z 497ff.:</p> <p>P/ ja es steigert sich dann irgendwie zu +einer,</p> <p>T/ hm+</p> <p>P/ zu allgemeinen Zweifel (6B+12C+M69)</p> <p>T/ hm</p>	nicht gelingend
<p>Z 528ff.:</p> <p>P/ also es fällt mir einfach schwer, einfach zu sagen nein Theater ist es nicht weil, weil halt einfach, trotzdem Herzblut dabei <u>ist also</u> (7A+12C+17A+39C+69+Lachen)</p> <p>T/ ja.+ ja (Manierismus)</p>	nicht gelingend
<p>Z 5496ff.: (Z 547)</p> <p>T/ (20C) und was wären die <u>Alternativen? die Sie erwähnen?</u> (12A+25B)</p> <p>P/ (Trauer: 1D+2D+4B+M69+82, dann zusätzlich Mask: Verachtung und Lachen: 6B+12B+L14C) ja das ist das Problem <u>keine Ahnung</u> (6C+12C+69+Lachen)</p> <p>T/ ja (6A+12B+25B)</p>	participation
<p>Z 553:</p> <p>P/ aber es ist /(?;jetzt) ja:, <u>ja ich ich</u> (Blend aus Zweifel + Verachtung: 1C+2C+6C+10B+45) <u>wüsste</u> (1C+2C+7B+L13C) es wirklich nicht (Mask: Ärger+Lächeln: 5B+12B+17B+23B+M69+LachendurchdieNase)</p> <p>T/ hm (12A+85) - -</p> <p>P/ es gibt ja unendlich viel Möglichkeiten. (6D+12D+M69+Lachen)</p> <p>T/ ja (6B+12C+69)</p>	gelingend
<p>Z 592f.:</p> <p>P/ also alles was man dann im Schlaf vergessen hat, kommt dann halt am Morgen. (danach: 7B+12C+69+Lachen)</p>	nicht gelingend
<p>Z 621f.:</p> <p>P/ also es ist eigentlich immer, bei (9C) der Mathe (Blend: Ekel+Ärger: 6D+7D+9D+L10B+17B+M69) gewesen? <u>Ma- +Matheprüfungen.</u> (1B+2B+16C+7B+12C+69+Lachen)</p> <p>T/ hm+ (Manierismus)</p>	nicht gelingend

<p>Z 687ff.:</p> <p>T/ ja, aber auch da haben Sie denn nie die Erfahrung <u>gemacht, dass der Vortrag wirklich</u> (6A+12B+69) schlecht war. oder <u>dass +Sie wirklich f-</u> (6A+12B+69)</p> <p>P/ <u>nein</u>, (1D+2D+5C+20C) aber+ dort ist das Problem gewesen dass mir <u>dann meistens</u> (1C+2C+6B+7D+12B) <u>meine Mutter geholfen hat</u> (1B+2B+7B+12C+M69) <u>weil ich irgendwie so am Ende gewesen +bin.</u></p> <p>T/ <u>aha+ ja.</u></p> <p>P/ dass sie mir dann geholfen hat so dass eigentlich nie ein Ergebnis,</p> <p>T/ hm (12B+23C+69)</p> <p>P/ pur von mir gewesen <u>ist.</u> (5A+12A+69)</p> <p>T/ ja.</p>	<p>nicht gelingend</p>
<p>Z 819f.:</p> <p>P/ ohne ihn hätte ich wahrscheinlich <u>schon längst die Schule geschmissen.</u> (5B+6B+7C+12C+M69+Lachen)</p> <p>T/ <u>empfinden Sie eher als Stütze +oder</u></p> <p>P/ ja.+</p> <p>T/ <u>er er motiviert +Sie immer wieder baut</u> (6C+12B+69) Sie auf</p>	<p>gelingend</p>
<p>Z 856f.:</p> <p>P/ und dann die nächste <u>Woche</u> (1B+2B) findet man wieder <u>nein.</u> (5B) nie nie mehr nie mehr <u>auf die Bühne.</u> (danach: 6C+12C+M69+Lachen)</p>	<p>nicht gelingend</p>
<p>Z 911ff.:</p> <p>P/ ob es mich überhaupt braucht in diesem Beruf. bin ich mittelmässig, Mittelmässigkeit braucht es nicht in diesem <u>Beruf?</u> (7B+12B+69+Lachen)</p> <p>T/ hm (12A+69+85)</p>	<p>participa- tion</p>
<p>Z 929ff.:</p> <p>P/ am liebsten einfach nur noch, den Koffer gepackt hätte und einfach weit weg. (Blend: Ärger und Lächeln: 7B+12B+17B+24C+69+Illustrator)</p> <p>T/ sind aber dann gleichwohl! zur Probe gegangen.</p>	<p>nicht gelingend</p>
<p>Z 979:</p> <p>P/ ja und dann habe ich eben hier angerufen. (Blend aus Freude und Ärger, smile control: 7B+12C+17B+M69, kurz L20D = Angst)</p> <p>T/ ja - hm - - hm (69+85)</p>	<p>nicht gelingend</p>
<p>PAM von T initiiert: Z 981ff.:</p> <p>T/ also man kann sich ja fragen ob diese ob Sie so <u>konkurrieren müssen!</u> (6B+12B+69)</p> <p>P/ hm (12B+85+Blick)</p> <p>T/ <u>das könnte man sich ja fragen sozusagen</u> Duchenne smile und Blick zu P hin: 6B+12B+69) ob nicht jeder letztlich, in gewissem Sinne ja einzig!artig (beide nicken) +spielt aber.</p> <p>P/ <u>hm+</u> - (listener response smile mit Nicken: 12B+69+85, danach smile control aus Ärger + Lächeln: 14B+17B+24B; dazu T: Manierismus = angespannt: 12B+17B+23B) ja klar das, <u>überlege</u> (Blend aus Verachtung + Ärger: 14C+24B) ich mir also, das ist eigentlich so, (Blend aus Angst, Verachtung + Lächeln: 7B+L10B+L12D+L20B) es hat ja jeder seine <u>eigenen qualitäten auf der bühne.</u> (phoney smile: 12B+69) (hm -) aber <u>ähm -</u> (dampened smile: Lächeln + Ärger: 12B+17B+23B) ja. so auf <u>die zu</u> (1B+2C) vertrauen das ist, schwierig. (hm)</p>	<p>participa- tion</p>

<p>Z 991ff.:</p> <p>P/ oder <u>halt einfach</u> (Angst: 5B+20B) die L- Leute gesehen <u>die die die</u>, (5B+17B) <u>können</u> (Blend Verachtung + Ärger 4B+7C+L10B+17B) <u>machen</u> (Verachtung: 4C+7C+17B) was <u>sie wollen</u>. (Blend Ärger und Verachtung: 7C+10C+12B+17B+45+M69) (dann: <u>Lächeln</u>: 7B+12B+69)</p> <p>T/ hm</p> <p>P/ <u>sie haben Erfolg</u> (5B+7B+12C+69) so also,</p> <p>T/ hm</p> <p>P/ auf der Bühne. (dann: 14B)</p> <p>T/ hm</p> <p>P/ (Blend Ärger und Lächeln: 5B+7B+12B+17B+23C) es kommt jetzt nicht <u>darauf</u> (Verachtung: 14C) an, was sie machen, es ist irgendwie, (Verachtung: 14C) es klappt einfach <u>immer!</u> (Ärger: 6C+7C+10C+20C+25C+M69) und es <u>+kommt</u></p> <p>T/ hm+</p> <p>P/ <u>immer</u> (Blend: Ärger+Verachtung: 4B+6C+7E+10C+84+69) an oder.</p> <p>T/ hm - - hm</p>	<p>nicht gelingend</p>
<p>PAM vom Therapeuten initiiert: Z 1015ff:</p> <p>T/ dass das aber doch irgendwie wehtut <u>sozusagen</u>. (12B)</p> <p>P/ hm</p> <p>T/ zu me- also irgendwie selber! jedenfalls mal <u>ob's so da ist! kann ich ja jetzt mal +überhaupt nicht beurteilen</u> (6B+12C+69)</p> <p>P/ hm hm+ (6B+12C+25B+69+85)</p> <p>T/ <u>aber jedenfalls selber das Gefühl zu haben, gibt andere die können machen was sie wollen und, sie strahlen! sozusagen +immer?</u> (6B+12B+69)</p> <p>P/ genau.+</p>	<p>gelingend</p>
<p>Z 1023ff. (gleich im Anschluss)</p> <p>T/ und Sie müssen sehr! dafür</p> <p>P/ ja. sind (Mask: Ärger und Lächeln: 4C+6C+7D+12C) auch so sympathisch! (Mask: Ärger und Lachen: 4C+7C+13B+23B+25B+M69) auf der <u>Bühne +also es g.</u> (6C+12C)</p> <p>T/ ja.+ (12B)</p>	<p>participa- tion</p>
<p>Z 1041:</p> <p>P/ so wie wahrscheinlich gewisse Leute vermissen wenn i- wenn i- alle immer sagen `jö ist die herzig.`</p> <p>T/ hm</p> <p>P/ mal wollen irgendwie finden `wau, ist die schön` +oder (5B+6B+12C+69)</p> <p>T/ hm+ hm ja.</p>	<p>nicht gelingend</p>
<p>Z 1067f.: ich wache dann am Morgen trotzdem auf und bin (Verachtung: L7D+L10B) traurig. (Blend Trauer und Freude: 4A+5B+7B+12B+17B+23B+M69+82+Lachen+zittrige Stimme)</p>	<p>nicht gelingend</p>
<p>Z 1098 ff.</p> <p>P/ also (2D+5B) ich (1D+2D+6C+20C+25B+45) grüble! einfach <u>nonstopp.</u> (7C+12C+Blick+Lachen)</p> <p>T/ hm hm (nicht gelingende PAM, weil er nicht guckt)</p>	<p>nicht gelingend</p>
<p>Z 1107f.:</p> <p>P/ ich fälle einen Entscheid und und ein Tag später bin ich schon wieder <u>unsicher</u>. (5B+6A+7B+12B+M69+Lachen)</p> <p>T/ hm (P: 5B+R20B+69+viele Adaptoren wie Lippenlecken- und beissen, Kratzen)</p>	<p>nicht gelingend</p>

Beendigung		
Z 1149ff.:		gelingend
P/	soll ich das da (zeigt auf das Mikrophon) noch anlassen? (5C+6C+12C+69+Lachen)	
T/	aha das können Sie auch +abmachen.	
P/	okay+	
T/	wenn es, <u>unangenehm</u> ist. (6C+12C+69+Lachen)	

Durch Alexandra initiierte PAMs:

	gelingend	nicht gelingend	participation	plusminus
Anfangsphase	1			
Arbeitsphase	4	31	4	2
Beendigungsphase	1			

Durch den Therapeuten initiierte PAMs:

	gelingend	nicht gelingend	participation	plusminus
Anfangsphase	1			
Arbeitsphase	1		1	
Beendigungsphase				

Erstgespräch 'Alexandra': Lach-/Lächelsequenzen (ohne PAM)

Kursiv: affektinadäquate Mimik

Z 115f.: <i>P/ ähm, also manchmal würde ich am liebsten einfach alles <u>hinschmeissen und</u> das nicht mehr machen.</i>	<i>phoney smile (12B+zittrige Stimme)</i>
Z 136ff.: <i>P/ äh Angst davor, wie verdiene ich mein meinen Unterhalt später weil einfach ähm, weil es halt einfach sehr wenig äh <u>Möglichkeiten</u> +gibt nachher.</i>	<i>zittrige Stimme und phoney smile (12B+69)</i>
Z237ff.: <i>P/ also es gibt Leute die gehen dann einfach in diesem Beruf auf oder in dieser Ausbildung und, haben nur noch das +und, (hm+) werfen sich einfach so in dieses, Bühnenleben <u>hinein</u>.</i>	<i>Duchenne smile (6B+7B+12C)</i>
Z 250f.: <i>P/ ja also+ zum Beispiel einfach Freunde die, zum Beispiel nichts mit Theater zu tun haben also irgendwie ein Jus-Studium machen +oder so.</i>	<i>Duchenne smile (6B+12C)</i>
Z 263ff: (Z 265) <i>T/ kann man das sagen - - und die können auch miteinander nicht so viel anfangen haben Sie den Eindruck oder wie ist das wenn Sie, P/ <u>ja eigentlich nicht</u>.</i>	<i>Mask: Ärger und Lächeln (4B+7B+12B)</i>

<p>Z 283ff. P/ nach einem einfachen, also <u>einfach!</u> ich weiss, dass es auch nicht einfach ist, aber, so ein wenig ein geregelteres! Leben, wo man irgendwie nicht die ganze Zeit muss an sich selbst herumgrübeln +und (<i>hm+</i>) an sich herumarbeiten</p>	<p>Illustrator+Lächeln</p>
<p>Z 317ff.: T/ <i>hm+ hm also es ist nicht jetzt so / dass Sie real! damit rechnen müssten auch, bei der Prüfung irgendwie nicht zu bestehen.</i> P/ <u>nee</u> +ei- ei <u>pf:</u> T/ jetzt <u>als+</u>, als Frage? P/ <u>nein eigentlich, nicht.</u> T/ <u>eigentlich; ja.</u> P/ also, sage ich <u>jetzt</u> einfach mal so: ich weiss, <u>ja</u> T/ ja, das ist ja +auch P/ <u>ja.+</u></p>	<p>Angst (L6C+7B+L20B+25B) Blend aus Lächeln + Ekel (7B+9B+12B+17B) P: Mask Angst + Lächeln (7B+12B+L20B+25B) 5B+M69 P: Blend: Embarrassment smile (12+kurzfristig 17) Angst (L20C) Blend aus Angst+Verachtung (7B+L10B+L20C) Blend: Trauer und Lächeln = Miserable smile (L12B+L15B+17B)</p>
<p>Z 357ff.: P/ es ist auch man muss sich immer selber irgendwie, Energie zuschauen. also man muss immer s-s-, selber sich einfach sagen 'das ist, schon gut was du machst, ist schon richtig was +du machst'.</p>	<p>phoney smile (7B+12B)</p>
<p>Z 389f. P/ also wo ich einfach, ja, ist für mich <u>das Schönste</u> gewesen eigentlich.</p>	<p>phoney smile (12B)</p>
<p>Z 412: P/ <u>ist nicht mehr theaterle</u></p>	<p>Blend: Trauer + Lachen = Miserable smile (6B+12B+15A+17C)</p>
<p>Z 421: P/ geht es extrem nach aussen! wir sind sehr so ein <u>harmonischer Jahrgang</u> und man versucht irgendwie dass <u>möglichst</u>, nichts an die Oberfläche bringen zu lassen. +dass</p>	<p>Duchenne smile (6B+12C+Lachen)</p>
<p>Z 540ff.: P/ mit dem Gedanken <u>ja</u>, vielleicht höre ich dann <u>ja auf</u> T/ <u>hm</u> P/ mit der <u>Ausbild-</u> also ich bin nie wirklich so - definitiv drin gewesen irgendwie.</p>	<p>Verachtung (14B+17A+23B) Ärger (13C+M69) Mask: Ärger und Freude (12C+23C) phoney smile (12C+Lachen)</p>
<p>Z 571ff.: P/ aber? - ob das dann das Richtige gewesen wäre +<u>ist</u> (<i>hm+</i>) die andere Frage.</p>	<p>Duchenne smile (6C+7B+12C+Lachen)</p>

<p>Z 624ff: P/ und ähm, ich meine in der Primarschule hat man ja in dem Sinne keine Matheprüfungen gehabt also es sind dann so, <u>versteckte! Prüfungen +gewesen. (hm+) wo ich dann aber ganz klar realisiert habe dass das Prüfungen sind</u> also wo andere das glaube ich <u>gar nicht gemerkt haben. (hm)</u> und ich immer <u>ganz klar gemerkt habe aha die wollen jetzt von mir äh eine Leistung?</u></p>	<p>Lachen Blend (Ärger+Ekel+Lachen) Leichtes Lächeln</p>
<p>Z 647ff.: P/ und ich dann vor dieser <u>Wiederholung so Schiss! gehabt habe, dass dann meine Mutter mit mir mitkommen musste.</u></p>	<p>Ärger Mask: Angst und Lachen</p>
<p>Z 654: P/ im Gymi habe ich die Mathe dann sogar gerne bekommen +also</p>	<p>leichtes Phoney smile</p>
<p>Z669f.: P/ einen Vortrag machen ist für mich auch immer das <u>Schlimmste gewesen.</u> T/ <u>also diese Unsicherheit das noch nicht fertig +zu haben</u></p>	<p>Blend aus Angst + Lachen (7B+L12B+20B+23B+25+69+Lac hendurchdieNase) Duchenne smile (6B+12B+25C+M69)</p>
<p>Z 682ff: P/ also immer schon irgendwie nach einem, nach einer Seite die man geschrieben hat finden oh nein das ist schrecklich. ich muss wieder von vorne <u>anfangen also.</u></p>	<p>Duchenne smile (6C+12C+Lachen)</p>
<p>Z 721ff.: P/ und meine Mutter hat das Büro gemacht? (hm) also ganz <u>klassisch wie man es wie es früher gewesen ist</u></p>	<p>Duchenne smile</p>
<p>Z 755f: P/ äh also zu meiner Mutter sehr eng? (ja.) sie ist so immer so der Fels! in der Brandung! <u>gewesen,</u></p>	<p>Blend Verachtung und Freude: L7C+L12B+L14C+17A</p>
<p>Z 778ff.: P/ also es ist nicht so dass ich jetzt mit ihm! an den Küchentisch sitzen würde und, bis: nachts um zehn rede. <u>+das mache (ja+) ich mit meiner Mutter.</u></p>	<p>Duchenne smile (6C+12C+69)</p>
<p>Z 809ff.: P/ eigentlich schon. also einfach weil wir äh beide einen Bühnenberuf machen <u>und, (ja)</u> er das äh, sehr interessiert ist was ich mache.</p>	<p>phoney smile (12B+54)</p>
<p>Z 849ff.: P/ und ich weiss auch nicht ob ich zu einem Punkt kommen muss also es ist <u>so:</u></p>	<p>Blend: Embarrassment smile (6C+L12C+17C)</p>
<p>Z 905f.: P/ und dann ist es irgendwie <u>so</u> - ja dann, <u>ist es wie einfach, auch! eine Art Eifersucht gewesen.</u></p>	<p>Blend: Verachtung und Lächeln 7B+10B+14B+17B Blend: Ärger und Lächeln: 7C+12B+17D+24C</p>
<p>Z 908f: P/ dann bin ich gleich <u>still und, sage nichts mehr und bin einfach, extrem, verschlossen.</u></p>	<p>Duchenne smile (6B+7B+12C+Lachen)</p>
<p>Z 1027: P/ et- die die jetzt den Solo-Preis gewonnen hat ist so, ja ist halt so ein <u>Strahle!kind so.</u></p>	<p>Duchenne Smile (6B+12C+M69)</p>

Erstgespräch 'Christoph': Mimische Sequenzen

Zwei vom Therapeuten initiierte PAMs

<p>Z 169ff.: PAM von T initiiert</p> <p>P/ so dass mir äh, grundsätzlich dort, aufgefallen wäre.</p> <p>T/ ja ja. hm - - - (C: M69; T: M69, C kuckt rasch weg, T macht 6B+7C+69, leichtes Amüsement)</p> <p>P/ mja (facial shrug: 17B)</p> <p>- (C: M69; T: M69)</p> <p>T/ (6C+7C+12C+69)</p> <p>P/ (praktisch gleichzeitig: 6C+7C+12C+69)</p> <p>P/ <u>was kann ich noch sagen?</u> 6C+7C+12C)</p> <p>T/ ja? -- (6D+7D+12D+69)</p>	<p>gelingende PAM</p>
<p>Z 488ff (PAM bei 501ff.): Von T initiiert</p> <p>T/ ich nehme an dass sie, können sie sich v- vo- vorstellen dass, dass es natürlich nicht ein rezept gibt +oder so sondern</p> <p>P/ mh ja+</p> <p>T/ dass das äh, eben eine begleitung oder ein: eine gemeinsame arbeit ist. und dass es verschiedene möglichkeiten gibt, diverse äh, wege! um zum ziel zu kommen wo, ähm etwas ist was sie für sich müsst- müssen ähm, zum vielleicht ein bisschen abklären oder ein bisschen schauen so! verschiedene formen vo- von therapien, von von ähm ansatzpunkten, so also das äh - und dann natürlich äh, ja ist es arbeit! so, relativ zeitaufwändig in der regel. (schluckt) - hm --- haben sie den eindruck sie hätten jetzt das wesentliche erfahren? -</p> <p>P/ (atmet tief, lächelt) <u>m- m- ja!</u> (12B+17B+82+Illustrator) also eben ich - frage mich eben <u>was was kann man machen in so einer +situation</u> (7B+13C+69)</p> <p>T/ hm+</p> <p>P/ oder was ist äh_(82) was gibt's für möglichkeiten +konkret</p> <p>T/ hm+</p> <p>P/und - (17B) <u>bringt's; oder</u> (13B) was kann es einem bringen. (17B+82)</p> <p>T/ ja, hm hm. - ja! also ich kann ihnen nicht ein rezept +äh, (6D+7D+12D+M69+Lachen)</p> <p>P/ jaa!+ (6D+7D+12D+69+Lachen)</p> <p>T/ +sagen.</p> <p>P/ klar+ ja.</p>	<p>gelingende PAM</p>

Die Eröffnungssequenz

Z 11-40	Basisemotionen; Action Units (AUs)	
T/ <u>ja was:</u> <u>ist ihr anliegen?</u>	Blick zu C + facial shrug (1C+2C+17B+69) Duchenne smile + Blick zu C + kurzer facial shrug (6B+7B+12B+kurz17+69) C: Duchenne smile + Blick zu T (6C+12C+69)	
P/ <u>ja also wieso dass ich, jetzt mal angerufen habe mal komme ist: eigentlich etwas das mir schon länger ein bisschen äh, ja probleme gemacht hat und sich jetzt einfach in letzter zeit verstärkt hat. das ist, irgendwo eine antriebslosigkeit die ich habe (+hm)</u>	Chaplin smile (6C+13C) Freude + (kurz) Frustration ³³ (6B+13C+17B+23C) Chaplin smile + kurzer facial shrug (6B+13B+15C+17B)	
P/ einfach+ ein äh, habe <u>das gefühl</u> ich käme nicht mehr weiter.	phoney smile und Blick zu T (13B+69)	nicht gelingende PAM
T/ ja	Nicken, Blick zu C	
P/ vor allem, im studium (hm)	hört auf zu lächeln, ernst	
P/ <u>äh</u> <u>wobei das so ein bisschen,</u>	Mask: Chaplin smile + Angst (L13C+L20C) Chaplin smile und Blick zu T (13C+69)	nicht gelingende PAM
P/ eben auch allgemeiner eigentlich geht.	hört auf zu lächeln, ernst T nickt	
P/ und irgendwo habe ich jetzt das gefühl gehabt - <u>ja ich muss ein bisschen einen schritt draus heraus machen oder?</u> T/ hm	Mask: kurze Angst + Chaplin smile (13B+20B+25B) Chaplin smile und Blick zu T (6B+13C+69) T nickt	nicht gelingende PAM
P/ oder+ versuchen zu machen. (hm)	hört auf zu lächeln, ernst, Lippen-	

³³ Die mimischen Innervationen gehören in das affektive Spektrum des Ärgers, sind aber, um diese Begrifflichkeit zu wählen, zu schwach. Der Terminus 'Frustration' beschreibt den gezeigten Gesichtsausdruck passender.

	beissen	
P/ ja also - <u>ja irgendwo komme</u> <u>ich</u> - <u>sagen wir in sachen wo ich mich selber</u> <u>motivieren muss</u>	facial + shoulder shrug (17B+82) 16B+25B Chaplin smile (13B) Chaplin smile (6B+13C+M69)	nicht gelingende PAM
T/ (nickt)		
P/ habe ich, sehr mühe in letzter zeit. <i>(ja)</i> oder es hat sich einfach verstärkt.	hört auf zu lächeln, ernst	
P/ also ich denke <u>das ist etwas das alle</u> <u>kennen oder?</u> <i>(hm)</i> aber äh, bei mir jetzt wirklich in einem <u>moment wo ich</u> ; ich <u>wüsste ich hätte etwas zu tun</u> <u>aber irgendwie schaffe ich es einfach nicht</u> <u>das zu machen.</u>	Chaplin smile (6C+13D+69) facial shrug (7B+15B+17C) phoney smile 13B Chaplin smile + facial shrug (13B+15B+17B) 13C+M69	nicht gelingende PAM
T/ ja ja	Nicken + Blick zu C	
P/ ja und dass ich	Lippenbeissen, Lächeln schwächt sich ab	
P/ <u>irgendwo das vielleicht, ein bisschen</u> <u>besser in den griff bekomme</u> <i>(hm hm)</i>	Chaplin smile (13C+69)	

Spiegelnde Therapeutenintervention ('Markierung')

<p>Z 193ff.</p> <p>T/ ja. und für sie ist es schon sehr verknüpft mit dem <u>studium?</u></p> <p>mit <u>dem</u> äh,</p> <p>mit dem,</p> <p>abschluss, <u>der nicht geht</u>, oder w- das gefühl dass es da nicht vorwärts geht aber doch jetzt langsam so zeit wäre?</p> <p>und sich dadurch etwas <u>zuspitzt?</u> oder verschärft oder <u>sie</u> äh,</p> <p>ähm, zunehmend in eine so ein bisschen</p> <p>in <u>die enge</u> treibt. oder ist das ffalsch?</p>	<p>Ärger (4B+7B+69)</p> <p>Ärger 7B</p> <p>Ekel 9D+15C+17C</p> <p>Ärger 4E+7D+69</p> <p>Ärger 4C+7B+69</p> <p>Angst (12B34+L20C)</p> <p>Verachtung (R10B+17B)</p> <p>Ärger 4B+69 (nicht Konzentration)</p>
---	--

³⁴ 'Typische Angewohnheit des Therapeuten, 'Manierismus', die Mundwinkel bei Konzentration nach oben zu ziehen; keine Emotion

Appendix E - Curriculum Vitae

Valérie Minh-Thi Boucein-Keller

E-Mail valerie.boucein@psychologie.ch

Geboren 2. Juli 1982 in St. Gallen

Praxis

- seit 2015 **Externe Lehrbeauftragte im Bachelorstudiengang Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule BFH**
- seit 2013 **in selbständiger und delegierter psychotherapeutischer Praxis in Zürich**
- 2010-13 **Wissenschaftliche Assistentin am Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Zürich**
- 2010-13 **Psychotherapeutin am Psychotherapeutischen Zentrum des Psychologischen Instituts der Universität Zürich**
- 2009-10 **PG-Psychologin im Ambulatorium des Psychiatriezentrums Oberwallis (PZO)**

Aus- und Weiterbildung

- 2010-17 **Dissertationsprojekt und Doktoratsprogramm des Psychologischen Instituts der Universität Zürich**
- 2008-13 **Executive Master of Advanced Studies (MAS) in Psychoanalytic Psychotherapy, Universität Zürich**
- 2002-09 **Lizenziat in Psychologie, Universität Zürich**
Vertiefung: Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse
1. Nebenfach: Psychopathologie des Erwachsenenalters; 2. Nebenfach: Naturheilkunde
Lizenziatsarbeit: „Verlust durch Suizidhilfe“
- 2005-06 **Austauschjahr, Lunds Universitet, Schweden**
- 2001-02 **Studium der Rechtswissenschaften, Universität Fribourg**
- 1997-2001 **Matura Typus B (Latein) an der Kantonsschule am Burggraben, St. Gallen**
- 2000 **Austauschsemester am Collège Voltaire, Genf**